

DE LA CURE RADICALE
DES
HERNIES OMBILICALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BAUMELOU

Né le 1^{er} Septembre 1873, à Salles-Curan (Aveyron),
Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DE LA CURE RADICALE

DES

HERNIES OMBILICALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BAUMELOU

Né le 2 Septembre 1873, à Salles-Curan (Aveyron),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. PIERRET, Assesseur ; MM. ROCHET et VALLAS Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR POLLOSSON

A M. LE MÉDECIN-MAJOR CAHIER

Professeur Agrégé au Val-de-Grâce.

A M. LE DOCTEUR JABOULAY

Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Montrer dans quelles circonstances et suivant quels procédés on entreprend aujourd'hui la cure radicale des hernies ombilicales, tel a été le but de notre travail. N'est-ce point dire que nous ne croyons point faire une œuvre originale, mais une revue d'ensemble de la question. Nous comprendrons dans notre sujet les hernies ombilicales libres du nouveau-né, de l'enfant et de l'adulte, et les hernies ombilicales étranglées.

Dans un premier chapitre nous établirons les indications de la cure radicale.

Dans un deuxième, nous exposerons les procédés employés; nous n'avons point la prétention d'être complet: nous nous efforcerons de décrire les procédés les plus usités. Pour les hernies étranglées nous nous contenterons de signaler quelques particularités opératoires.

Dans un troisième et dernier chapitre, nous essaierons de déterminer la valeur des procédés, en basant notre appréciation soit sur les résultats éloignés, soit sur les avantages rationnels que chaque méthode offre. Les suites lointaines auraient dû peut-être à elles seules déterminer notre jugement ; mais de la comparaison de cas, à peu près identiques, nous n'avons pu tirer de conclusions fermes. Enfin, nous avons cru bon de montrer que les meilleurs procédés donnent des succès si le chirurgien ou l'opéré ne prennent pendant ou après l'opération certaines précautions.

Si nous avons pu mener à bien ce travail, nous le devons surtout à l'obligeance de M. le médecin-major Cahier, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui a bien voulu mettre à notre disposition son manuscrit sur les hernies ombilicales : qu'il nous pardonne les nombreux emprunts que nous lui avons faits et qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse reconnaissance. Nous n'aurions garde de ne pas comprendre dans un même sentiment M. Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, qui nous a inspiré l'idée de notre travail et nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance.

Nous avons encore, avant d'attaquer notre sujet, de grandes dettes de reconnaissance à acquitter.

M. le professeur Pollosson nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions vivement.

Ce nous est aussi un devoir de remercier nos premiers maîtres de la Faculté de Montpellier, nos maîtres de la Faculté de Lyon ou des hôpitaux civils et militaires, ainsi que nos chefs de l'Ecole.

Nous adressons un témoignage de notre profonde reconnaissance à la famille Cinq de Montpellier pour la sollicitude qu'elle nous a toujours témoignée et au D^r Beau-mevieille pour l'amitié qu'il nous a prodiguée.

Que nos camarades d'Ecole veuillent croire à nos bons sentiments à leur égard. Que nos amis intimes nous permettent de les assurer de notre profonde affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0028

DE LA CURE RADICALE

DES

HERNIES OMBILICALES

CHAPITRE PREMIER

INDICATION DE LA CURE RADICALE

I. Hernies ombilicales congénitales.

La hernie ombilicale congénitale se produit soit dans les trois premiers mois de la vie intra-utérine : elle est due alors à un arrêt de développement des parois abdominales, soit après le troisième mois : elle résulte de ce que la cicatrice ombilicale s'est laissée forcer et a donné passage à l'intestin et au foie. Ces deux variétés de hernies offrent, au point de vue qui nous occupe, un nombre de points communs, aussi ne les étudierons-nous pas séparément. Elles ont un sac à constitution à peu près identique, formé par les enveloppes du cordon et par une membrane dans un cas d'origine incertaine, dans l'autre d'origine péritonéale. Peu nous importe la nature de ce feuillet. Ce qu'il y a de sûr, c'est que, lorsque la chute du

cordon se produira, il devra, à lui seul, protéger les viscères et opérer la guérison de la hernie par un mode de bourgeonnement spécial, décrit et observé depuis longtemps par Debout.

Ce double travail, le feuillet profond l'accomplira très facilement, si la hernie est petite et réductible, et s'il est lui-même doué d'une épaisseur suffisante et d'une grande vitalité: c'est dire que dans ces cas le chirurgien devra s'abstenir. Toute autre devra être sa conduite si la hernie, quoique petite et réductible, est pourvue d'un sac excessivement mince; à plus forte raison, si ce sac, mince, de vitalité faible, doit contenir une hernie volumineuse, une hernie à tendance à l'accroissement, ou s'il recouvre une hernie irréductible. La guérison pourra peut-être être obtenue; mais elle sera l'exception, comme le montre la statistique suivante de Macdonald.

Sur 19 cas de cure radicale qu'il a pu réunir, il note 17 guérisons et 2 morts. Sur 12 cas d'abstention, 3 guérisons et 9 morts. La différence énorme qui existe entre les taux de la mortalité (11 à 75 pour 100) montre que l'expectation est bien plus grave que l'abstention.

Depuis cette époque, quelques autres statistiques ont été faites: toutes aussi concordantes. Dans les 47 cas que nous avons pu réunir, nous n'avons relevé que 7 morts: 4 sont dues au développement d'une péritonite (dans 1 cas la péritonite avait débuté avant l'opération); 3 sont dues probablement au schock.

Encore ne faut-il pas oublier combien l'expectation fait courir à l'enfant des risques de toutes sortes et prolonge la durée du traitement. Nous trouvons un fait des plus instructifs à cet égard dans le cas rapporté par le D^r Jean

de Maubeuge et inséré dans la *Revue générale de Clin. et Thérap.*, janvier 1891. Il s'agit d'un garçon présentant à sa naissance une rupture des enveloppes d'une exomphale congénitale embryonnaire : l'éventration placée à gauche de la ligne médiane et attenant à l'ombilic avait 6 centimètres de haut sur 4 de large : l'intestin grêle, le cæcum, le côlon ascendant et les débris de l'amnios étaient étalés à nu sur le ventre et recouverts d'un peu de sang provenant des bords avivés de la plaie ventrale. Le chirurgien se contenta de réduire la masse issue et d'appliquer un pansement phéniqué maintenu par un bandage ; des accidents péritonéaux graves, des vomissements survinrent qui mirent l'enfant à deux doigts de sa perte ; finalement la guérison eut lieu au bout de trois semaines. On ne dit pas dans quelles conditions s'est faite la cicatrice ni quel avenir est réservé à un enfant dont les viscères, sous l'influence de la péritonite, ont dû contracter entre eux et avec les parois abdominales des adhérences étendues. N'eût-il pas été préférable, à tous les points de vue, de suivre la conduite que de Larabrie adopta dans un cas tout à fait analogue et qui lui permit de guérir en neuf jours et dans de bonnes conditions l'exomphale rompue qu'il sutura, après destruction des adhérences.

Nous concluons donc qu'il faut intervenir :

1° Dans les hernies volumineuses, irréductibles ou non, renfermant l'intestin avec ou sans le foie ;

2° Dans les hernies de moyen volume, irréductibles en totalité ou en partie ;

3° Dans les hernies petites, munies d'un sac à vitalité chancelante ;

4° Dans les hernies petites, irréductibles, tendant ou non à s'accroître ;

5° Dans les hernies dont le sac est éraillé ou rompu.

Nous n'interviendrons pas, dans les grosses hernies ; quand l'affrontement des lèvres de l'ouverture ne pourra se faire sans amener chez l'enfant des troubles respiratoires marqués, ou quand la réduction des organes herniés ne pourra être obtenue et maintenue sans une compression exagérée.

La présence du foie dans la hernie ne sera point une contre-indication, comme le voulait Orliac. Les faits de Benedickt, Felsenreich, O. Marcy, Baumcolla, démontrent l'inexactitude de cette opinion.

Il sera inutile de songer à tenter la cure radicale quand les enfants seront chétifs ou venus au monde trop longtemps avant terme. S'ils sont porteurs de lésions incompatibles avec l'existence, mais curables par une opération, par exemple les atrésies anales et rectales, ces lésions devront être traitées préalablement avant toute intervention du côté de la hernie ombilicale.

II. **Exomphale infantile.**

Jusqu'à ces derniers temps les chirurgiens recommandaient l'abstention dans les hernies ombilicales de l'enfant. En dehors de la ligature ou des injections péri-herniaires toute intervention était proscrite. Duplay (thèse d'agrégation 1866) avait émis l'avis que la cure radicale ne devait jamais être tentée. Gosselin (*Traité des hernies*) s'était encore montré beaucoup plus sévère : « Les opérations de

cure radicale, disait-il, ne doivent plus jamais être discutées dans les traités de chirurgie ; les hernies n'exposent jamais à la mort et les enfants guérissent aussi bien par les efforts de la nature aidés de l'application d'un bandage bien fait. »

Dès 1878, cependant, Rosander n'hésitait pas à opérer un enfant de deux ans que les bandages n'avaient pas guéri. En 1881, il répétait la même opération, avec le même succès et pour le même motif, sur un enfant de quatre ans. Son exemple était suivi l'année suivante par Banks. Ces trois tentatives étaient vivement blâmées en France par Segond dans sa thèse d'agrégation : « Lorsque nous voyons, disait-il, des chirurgiens opérer des enfants de deux à trois ans, sous prétexte que les bandages tiennent mal ou que la guérison ne s'opère pas assez vite, nous croyons que c'est contrevenir aux lois les plus élémentaires du traitement des hernies de l'enfance. Si la tendance générale de ces hernies est la guérison, l'indication est de favoriser le travail en maintenant les viscères. » Cette loi était encore méconnue, quatre ans plus tard, par Keetley qui opérait dans la même année quatre enfants, pour des exomphales à anneau large, dont la guérison n'avait pas été obtenue et par Kocher qui opérait un enfant de deux ans traité sans résultat par le bandage.

De 1890 à 1891, la littérature médicale s'enrichissait de quatre nouveaux cas. L'incoercibilité de la hernie avait déterminé le chirurgien à opérer.

En France, ces chirurgiens n'ont trouvé que de rares imitateurs : on continue à dire tout haut que la hernie de l'enfant doit guérir seule, soit parce qu'il est dans les données évolutives de l'orifice herniaire de se fermer défi-

nitivement, soit parce que la cavité abdominale s'accroît brusquement au moment où l'enfant commence à marcher. Berger, dans le *Traité de chirurgie*, s'oppose à toute intervention, jusqu'à l'âge de cinq ans, sauf dans des cas tout à fait exceptionnels.

Lucas-Championnière repousse toute intervention jusqu'à l'âge de sept ans. Dans la période infantile l'opération est grave : les enfants supportent mal la chirurgie antiseptique. On éprouve de la gêne à manœuvrer sur des parois restreintes.

Pour Brodier en 1893, le vrai traitement de la hernie ombilicale pour l'enfant est le bandage. C'est un procédé de cure radicale pour l'enfant à la mamelle, mais il faut savoir l'appliquer. La cure est d'autant plus rapide que le traitement est appliqué plus tôt, le sujet plus jeune ainsi que le démontrent dix-huit cas de Féré ayant trait à des enfants âgés de cinq à six ans. Mais l'appareil contentif doit maintenir la hernie complètement réduite pour favoriser le resserrement physiologique et l'oblitération définitive de l'anneau. Ces conclusions ne s'appliquent qu'aux hernies suivant la naissance quand la cicatrice ombilicale est encore imparfaite.

Koenig, tout en reconnaissant les bonseffets du bandage, trouve que, chez les enfants, la forme de l'abdomen, la mobilité des parois, le degré variable de réplétion du ventre ne permettent guère de maintenir la hernie réduite. Mitchell Banks fait des réserves sur l'utilité des bandages portés par les enfants, car trop souvent les parents sont si négligents ou ignorants que toutes les recommandations que l'on peut faire sur la surveillance dont le bandage doit être l'objet sont inutiles, et que la seule ressource

est l'opération. Cette opinion est partagée par Duplay, Vidal de Cassis et Berger.

En somme, la hernie de l'enfant guérit le plus souvent spontanément ou sous l'influence d'un bandage. La guérison spontanée est la règle pour les hernies survenues dans les premiers mois : elle ne doit plus être espérée ou doit être regardée comme exceptionnelle pour les hernies qui se produisent vers l'âge de dix-huit mois à deux ans ou après. Aidée d'un *bon* bandage, la nature (le travail de resserrement n'étant pas terminé) peut encore amener la disparition de la hernie. Aussi, pendant ces cinq à sept premières années, croyons-nous qu'il ne faudra intervenir que dans des *circonstances spéciales*. Ce n'est point que l'enfant ait une susceptibilité trop grande pour les antiseptiques, comme le prétend Lucas Championnière, ou que l'opération soit dangereuse, ou risque d'être inefficace. Les 19 succès sur 19 opérations faites chez les enfants nous permettraient de réfuter ces objections. Nous ne saurions mieux faire encore pour en démontrer l'inexactitude ou l'exagération que de citer les conclusions de Broca (*Gazette des hôpitaux*, 1895) :

« J'ai pratiqué, dit-il, 250 cures radicales de hernies chez des enfants au-dessous de quinze ans dont 14 hernies ombilicales. De tous ces malades un seul a succombé. Je crois donc pouvoir affirmer que l'opération est bénigne; dès lors, elle doit être entreprise pour les hernies compliquées ou difficiles à maintenir.

« A partir de quel âge convient-il d'opérer? Cela ne peut être déterminé par des chiffres absolus. En principe, à l'hôpital surtout, je n'opère pas avant que l'enfant ne puisse se passer des soins de sa mère. Mais les faits de

hernie étranglée prouvent qu'on peut opérer avec succès des enfants âgés de quelques semaines, de quelques jours.

« Les résultats définitifs sont excellents. Sur 250 malades revus plus de six mois après, 3 seulement présentaient une récurrence, 2 ont été réopérés et sont définitivement guéris. Plusieurs ont eu la coqueluche après l'opération. Je ne crois pas, quoi qu'on en ait dit, que le bandage donne des résultats semblables ; il est fréquent qu'il échoue il est encore plus fréquent qu'il donne une guérison apparente. »

De ce long exposé nous concluons donc que la cure radicale par le bandage devra toujours être tentée :

1° Chez les enfants riches ou pauvres jusqu'à l'âge de dix-huit mois à deux ans, à moins d'accidents d'étranglement ou de troubles gastro-intestinaux dus sûrement à la hernie ;

2° Chez les enfants de deux à sept ans, appartenant à des familles aisées, entourés d'une surveillance étroite.

La cure radicale devra être faite :

1° Chez les enfants de deux à sept ans, que les parents pauvres, occupés par leurs travaux, ne peuvent surveiller assez étroitement, quand au bout de dix-huit mois à un an la hernie sort comme au premier jour ;

2° Dans les hernies irréductibles.

On opérera régulièrement à partir de sept ans :

1° Les exomphales irréductibles ou incoercibles à tendance incessante à l'accroissement ;

2° Les hernies ombilicales dont la peau présente des ulcérations ou lésions inflammatoires ;

3° Les hernies ombilicales sujettes à des accidents inflammatoires ;

4° Les hernies ombilicales à anneau large ;

5° Les hernies ombilicales qui occasionnent des troubles retentissant sur l'état général et le développement du jeune sujet ;

6° Les hernies ombilicales qui empêchent les porteurs d'entrer dans certaines carrières où ils sont candidats.

III. Indications de la cure radicale chez l'adulte.

Chez l'adulte les indications de la cure radicale sont à l'heure actuelle bien établies. On doit intervenir toutes les fois que la hernie n'est pas facilement, constamment et complètement maintenue par un bandage, c'est-à-dire dans les hernies irréductibles et incoercibles. Mieux vaudrait peut-être dire que l'intervention est indiquée dans tous les cas, car rien n'est moins certain que l'utilité du bandage. « Sur 20 bandages ombilicaux que l'on observe en place, dit Lucas Championnière, il y en a 18 au moins qui n'ont aucune valeur effective : dans les cas où ils déterminent une amélioration, celle-ci n'est que passagère et la hernie réapparaît à la première grossesse. » Pour Brodier, cette apparence de guérison ne peut se produire que chez des femmes à embonpoint peu développé, à parois abdominales résistantes et placées dans une condition sociale qui les exempte de tout travail. Or, combien peu réunissent ces conditions. La hernie se développe le plus souvent chez des femmes obèses, à parois flasques, affaiblies par des grossesses antérieures. L'anneau est profondément placé.

Si nous ajoutons que le bandage repose sur une paroi mobile, qu'il se déplace sous le poids des jupes, nous comprendrons combien son efficacité doit être douteuse, à plus forte raison si la patiente est atteinte d'une maladie de l'appareil respiratoire ou si elle est exposée à des efforts nombreux. Le bandage masquera plus souvent la hernie qu'il ne la contiendra. On pourra toujours avoir recours à lui dans ces conditions ; mais dès que la hernie sera devenue adhérente, son usage devra être supprimé et l'opération tentée.

La bénignité de l'intervention, l'utilité douteuse du bandage font un devoir au chirurgien d'intervenir dans les hernies réductibles, toutes les fois que le sujet le demandera ou toutes les fois que les conditions sociales l'exigeront. Il en sera de même toutes les fois que, par suite de l'état des voies respiratoires, on pourra redouter des complications du côté de la hernie.

Existe-t-il des contre-indications à la cure radicale ? Leisrinck recommande de ne pas opérer chez les vieillards les hernies réductibles, coercibles, peu douloureuses, Ausderogg de ne pas intervenir chez les sujets atteints de maladies générales, ou porteurs de hernies d'un volume trop considérable. Gaston veut qu'on se tienne dans une sage réserve vis-à-vis des diathésiques et de ceux qui sous l'influence de la diathèse herniaire font des hernies partout et dont les parois abdominales s'effondrent. Pour Richelot, il ne faut pas toucher aux hernies des vieillards cachectiques, emphysémateux, ni aux hernies énormes. Enfin Lucas-Championnière veut qu'on écarte les grands cachectiques « albuminuriques, diabétiques, tuberculeux ». Les emphysémateux sont les plus dangereux de tous les

sujets et il faut être très prudent dans le choix de ceux qu'on opère. Ces contre-indications sont du reste acceptées par la majorité des chirurgiens français et étrangers.

En somme, en dehors des grandes cachexies prohibitives, c'est dans l'âge du sujet, la résistance des parois abdominales, le volume de la hernie que les opérateurs trouvent des arguments pour ne pas intervenir. Dans le travail de M. Cahier sur les hernies ombilicales, on voit que sur 47 cas portant indication de l'âge, on est intervenu :

21 fois chez des sujets âgés de 41 à 45 ans.			
13	—	—	46 à 50
10	—	—	51 à 60
2	—	—	61 à 65
1	—	—	66 à 70

Des deux cas de morts survenues dans les cas qu'il rapporte, l'un concerne un sujet de quarante-cinq ans, l'autre un sujet de quarante-six, mais tous deux sont morts pour des raisons indépendantes de leur âge et les opérés plus vieux ont tous survécu.

Fréquemment les malades, dit-il, avaient le ventre tombant en tablier, à parois flasques, distendues, amincies par des grossesses antérieures et pourtant ils ont guéri dans de bonnes conditions.

Le volume considérable de l'exomphale, et là-dessus tout le monde est d'accord, est assurément la source des plus grands dangers. Le premier de ces deux cas de mort concerne une femme dont l'omphalocèle avait le volume d'une tête d'adulte, et le second une femme dont la hernie descendait jusqu'aux genoux; mais dans 27 cas, concernant

dès omphalocèles d'une tête d'enfant, les opérés ont guéri. De même dans 4 autres cas concernant des hernies énormes, cas de Aubeau, Boeckel (hernie descendant au tiers moyen de la cuisse), Burckardt (hernie descendant jusqu'au pubis), Lucas-Championnière (hernie, 78 centimètres de tour et 31 de hauteur). Pourtant l'opérée d'Aubeau avait 63 ans, celle de Lucas-Championnière 51, celle de Boeckel 47 (elle avait eu treize enfants et deux fausses couches), celle de Burckardt 41. Trois d'entre elles ont été revues. Les deux opérées de Boeckel et de Lucas-Championnière présentaient une légère récurrence, l'une au bout de cinq ans, l'autre au bout de seize mois.

Malgré ces succès ou ces succès relatifs, car la récurrence est, en effet, très fréquente après l'opération, nous n'essaierons point de dissimuler la gravité de l'opération, ou les difficultés que l'on peut rencontrer. Cependant, si le malade la réclame, ou si son état est trop grave, après lui avoir exposé les risques que l'opération lui fait courir, on peut tenter la cure, à la condition d'être bien sûr de soi-même et bien habitué à la chirurgie abdominale. Quand bien même le succès ne serait pas complet, on aurait toujours substitué à une hernie gênante, rendant parfois la vie insupportable, une hernie petite et facile à contenir.

IV. **Hernies étranglées**

En présence d'une hernie étranglée, la conduite du chirurgien est simple : il tentera le taxis pendant les vingt quatre ou trente-six premières heures. Après ce délai, si cette manœuvre n'a pas réussi, il fera la kélotomie.

La cure radicale doit-elle suivre la kélotomie ?

Pour Berger la cure radicale est le complément nécessaire de toute opération de hernie étranglée, quand l'intestin est en bon état. Seul l'état général grave du malade, l'affaiblissement qui résulte de l'âge ou d'une maladie préexistante, en forçant à abréger le plus possible l'opération, peuvent contraindre le chirurgien à y renoncer.

D'après Lucas Championnière, tout chirurgien qui opère une hernie étranglée et qui néglige de faire le possible, manque encore à son véritable devoir, mais il faut savoir aller vite. Chez les vieillards ou les gens opérés tardivement il serait dangereux de faire une dissection minutieuse du sac ; s'il existe des altérations intestinales, il est bien inutile de s'embarrasser encore de la cure radicale, on a assez de préoccupations avec les lésions intestinales pour l'avenir du sujet.

Avec Lookwood, la cure radicale est impérative, excepté si le malade est déprimé ou l'intestin altéré, surtout dans les hernies ombilicales qui sont particulièrement dangereuses quand elles sont étranglées.

Le Dentu recommande de faire aussi la cure radicale, mais de ne pas s'attarder aux sutures.

Boeckel, examinant l'influence que la cure radicale, a pu exercer sur la mortalité, note sur les 32 morts après kélotomie :

2 cas de collapsus ;

5 cas de schock ;

6 cas de péritonite.

« Les cas de mort, dit-il, ne sauraient être mis sur le compte de la cure radicale. Ils seraient assurément sur-

venus à la suite de la simple kélotomie, dont le pronostic est grave par lui-même et d'autant plus sombre que l'on tarde à intervenir.

« En les étudiant d'un peu plus près, je trouve, continue-t-il, plusieurs données importantes bien suffisantes, pour expliquer la mort... »

Les 2 cas de mort par collapsus, ont trait à une de ses malades et à une malade de Routier, opérées *in extremis*. « Quant à la péritonite et au schock, on sait que ce sont des causes de mort fréquentes à la suite des hernies étranglées quelles quelles soient, en dehors de la question de la cure radicale ». Ce n'est pas à son sens la cure qu'il faut accuser des revers signalés, mais bien l'étranglement, l'étranglement lui seul.

Pour Broca, il y aurait encore une contre-indication à tirer des caractères de la sérosité qui souvent occupe le sac herniaire. Pour lui, lorsque celle-ci est fétide alors même que l'intestin ne présente pas d'altérations, il faut faire la kélotomie à la méthode ancienne c'est-à-dire sans extirpation du sac et avec un drain allant jusque dans le péritoine près de l'anse réduite.

En somme, en dehors des contre-indications tirées soit de l'état de l'intestin, soit des caractères de la sérosité, la cure radicale peut-être tentée. Les quelques minutes de plus qu'elle demande ne peuvent guère avoir, comme le prétend Bæckel un grand retentissement sur le sujet.

L'imminence de sphacèle des enveloppes ne sera pas non plus, tout au moins dans les hernies de petit ou moyen volume et avec l'omphalectomie, un obstacle à la cure radicale.

CHAPITRE II

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Les procédés de cure radicale ont été divisés en procédés sanglants et non sanglants.

Nous ne mentionnerions pas les seconds, s'ils n'avaient été conseillés, vivement, dernièrement encore par certains chirurgiens. Langsdorff (*Centralblatt für Chirurgie*, 1895), recommande les injections péri-herniaires suivant le procédé de Schwalbe pour les hernies volumineuses : il aurait obtenu suivant ce procédé une diminution notable du volume de la hernie.

Les procédés de ligature sont encore chaudement défendus, pour les hernies des enfants, par Notta, par Max et Kloman.

Leur procédé est le suivant : On commence par réduire le contenu herniaire et on confie les enveloppes à un aide qui les tient solidement fixées entre le pouce et l'index. On enserre alors le pédicule au moyen d'un tube en caoutchouc de 3 millimètres de diamètre auquel on fait décrire

plusieurs tours et dont on attache les deux bouts par un fil de soie. L'ombilic est alors recouvert d'une légère couche d'ouate et les petits opérés sont abandonnés à eux-mêmes et libres de tout lien pouvant les engager à faire des efforts. Le dixième ou le douzième jour suivant le volume de la hernie, le sac sphacelé laisse à découvert une petite plaie arrondie de quelques millimètres de diamètre.

Inutile de rappeler tous les autres procédés de ligature (ligature de Vood, procédé de Desault, de Thierry, de Chicoyne...); mieux vaut passer à l'opération de la cure radicale telle qu'on la pratique aujourd'hui, c'est-à-dire aux procédés sanglants.

I. Nouveau-Nés.

Trois méthodes se partagent chez le nouveau-né la faveur des chirurgiens :

- 1° La méthode d'Olshausen ;
- 2° La ligature de Carl Breuss ;
- 3° La méthode de cure radicale par les procédés modernes.

La méthode d'Olshausen consiste à ne pas ouvrir le sac herniaire, à réséquer les enveloppes amniotiques, et à suturer, au-dessus du péritoine plissé, les lèvres de la plaie.

Carl Breuss commence par réduire le contenu herniaire et, cette réduction assurée, étreint la tumeur à sa base au moyen de pinces à mors plats, de façon à rapprocher le plus possible les bords de l'orifice herniaire. Le sac est alors

ouvert largement de façon à permettre l'inspection du contenu. Si une anse a été saisie dans les mors de la pince dont la pression doit au reste ne pas dépasser le degré nécessaire pour assurer seulement la rentrée des organes, si la réduction n'a pas été complète, si une anse intestinale par exemple est restée fixée dans le sac, il faudra avant d'aller plus loin s'efforcer de la réduire. S'il existe des adhérences, le plus simple est de sectionner le péritoine herniaire, au niveau de l'adhérence, de l'isoler de l'amnios, et ensuite de réduire l'intestin avec la partie adhérente. Une fois la réduction ainsi assurée, le sac herniaire est enlevé et les ligatures percutanées appliquées immédiatement au-dessous de la plaie.

Avec la méthode identique à la méthode de cure radicale employée chez les adultes, on fait la réduction la plus complète possible des viscères tout d'abord. Les enveloppes sont ensuite incisées à l'endroit où elles présentent le moins d'épaisseur. La couche de gélatine de Warthon dissociée, on fend la membrane interne, en contournant s'il est nécessaire les viscères adhérents : il faut parfois, pour réduire les organes, débrider l'orifice de communication ou réséquer les feuillets mésentériques accessoires susceptibles de comprimer les viscères et même une partie du ligament suspenseur du foie. En cas d'adhérences avec le sac à moins qu'elles ne soient lâches, facilement divisibles, le mieux est de découper des bandelettes aux dépens du sac et de réduire le tout.

La résection du sac est faite à l'endroit où les tissus paraissent présenter le plus de résistance, après s'être assuré qu'il n'y a pas d'adhérences entre l'orifice et le sac. Si on trouve le pédicule de la vésicule ombilicale on le

résèque et on le fixe à l'angle supérieur de la plaie. Macdonald recommande d'enlever l'appendice vermiforme si on le voit. On n'oubliera pas de lier séparément la veine et les artères ombilicales.

On terminera l'opération par la suture en masse, ou à deux et trois étages. On aura fait au préalable un avivement au pourtour de l'orifice.

Les différents procédés que nous allons décrire, omphalectomie de Le Dentu, ou de M. Condamin, ainsi que les différents modes de suture, peuvent aussi s'appliquer au traitement des hernies du nouveau-né. Mais auparavant rappelons que M. Condamin a recommandé dans les cas d'éventrations congénitales volumineuses de réséquer le moins possible de tissus. A la rigueur si on éprouvait trop de difficultés pour rapprocher les bords cruentés il ne faudrait pas selon lui hésiter à pratiquer des débridements latéraux à distance qui permettraient le glissement des plans musculaires. Si, plus tard, il se produisait au niveau de ces débridements, des hernies secondaires, on serait toujours à temps de les traiter. Mais au moment de la naissance l'indication la plus urgente est de recouvrir par une surface cutanée ou musculo-cutanée, si c'est possible, les organes viscéraux, qui ne sont recouverts que par une couche péritonéale et une couche granuleuse mal définie.

II. Adultes ou Enfants.

Les procédés employés chez l'adulte ou l'enfant peuvent être divisés, suivant la façon de se comporter vis-à-vis de l'anneau, en trois groupes. Dans un premier groupe,

le chirurgien se contente de faire la suture de l'anneau, sans avivement ou débridement préalables, c'est l'annuloraphie.

Dans un deuxième groupe, l'anneau est avivé : c'est l'annuloraphie après omphalotomie.

Dans un troisième groupe, enfin, l'anneau est reséqué en même temps que l'ombilic cutané, c'est l'omphalectomie. Suivant que l'ombilic cutané aura été détruit, avant ou après l'ombilic fibreux, on aura affaire à l'omphalectomie primitive de M. Condamin, ou secondaire de M. Le Dentu.

Tout autour de ces trois méthodes-types, nous trouverons une foule d'autres procédés, se distinguant des précédents le mode d'avivement, ou la conduite par le mode de suture, du chirurgien à l'égard du sac ou de l'épiploon.

A. — ANNULORAPHIE PURE.

Ce procédé est presque exclusif à M. Routier. Il ne diffère du procédé de M. Lucas Championnière que nous allons décrire en détail tout à l'heure, que par les points suivants :

Après ouverture du sac, M. Routier recommande, s'il y a des adhérences, de se servir exclusivement du doigt pour les rompre. Si ce moyen ne suffit pas, on coupe dans le vif de l'épiploon et on laisse attachées à l'intestin les parties où siègent les adhérences. Le sac n'a pas besoin d'être lié : il est compris dans la suture qui réunit toute la paroi abdominale.

Ce chirurgien trouve avantageux de reséquer une portion de la peau qui recouvre la hernie : en vertu de sa minceur elle se gangrène facilement et peut, sinon entraîner

des accidents, du moins apporter un retard à la guérison. De plus, elle ne s'affronte pas toujours aisément et laisse subsister des cloaques qui peuvent retenir les liquides épanchés et devenir une source d'infection.

Il se passe du drainage qui ne sert pas à grand'chose dans le cas spécial, attendu qu'il est généralement comprimé par les sutures.

Il ne fait pas non plus porter de bandage à ses opérés et leur conseille le port d'une large ceinture.

B. — OMPHALOTOMIE ET ANNULORAPHIE.

Procédé de Lucas-Championnière. — 1° L'incision des téguments peut être courbe ou droite ; peu importe pourvu qu'elle découvre largement le pédicule de la hernie, c'est-à-dire l'orifice ombilical.

2° Ouverture du sac. — Elle doit être faite avec prudence en raison des adhérences fréquentes des anses intestinales à sa surface interne.

3° Dissection du contenu du sac. — Elle doit être faite avec des soins minutieux. Si l'épiploon présente des adhérences, pour pouvoir plus aisément le détacher de la partie libre vers la partie adhérente, il faut *fendre largement* l'orifice ombilical : on arrive ainsi sur l'épiploon libre dans le ventre et descendant de celui-ci vers celui qui est renfermé dans le sac, on parvient à détacher l'épiploon contenu et on entraîne au dehors une notable partie du tablier épiploïque non descendu dans le sac herniaire.

On étale alors l'épiploon sur des compresses antiseptiques et on le saisit à ses deux extrémités avec de longues pinces. On procède ensuite à la segmentation en tronçons

distincts : à l'aide d'une aiguille mousse on pratique la ligature en chaîne des différents segments.

4° Dissection du sac : Elle doit être faite avec l'instrument tranchant de bas en haut. Le sac doit être minutieusement séparé des tissus périphériques et réduit à sa portion la plus mince. Tout en le disséquant, il faut avoir soin d'exercer sur lui des tractions légères, de façon à amener au dehors les parties proches de l'anneau ombilical et à effacer ainsi tout infundibulum. En même temps, on détache soigneusement les viscères et l'épiploon de l'anneau et de la face interne et de la paroi abdominale. Suivant son volume, on fera soit une double ligature en X, soit une ligature en chaîne : dans les cas où il est déchiré et mince on fera une ligature semblable à celle de l'épiploon.

Suture. — La suture comprend d'abord :

1° Un plan séreux formé par des sutures multiples ou une suture en bourse ;

2° Un deuxième plan, pour les parties fibreuses qui constituent la périphérie de l'orifice herniaire, M. Championnière la pratique à l'aide de catguts solides qui traversent toute la paroi abdominale : il préfère les points séparés au surjet qui est moins solide. Quelques fils plus superficiels sont destinés à donner à la cicatrice plus de solidité (sutures fibro-musculaires).

La réunion de la peau se fait au crin de Florence par des points de suture profonds alternant avec des points superficiels. Le drain est employé quand la plaie est profonde.

De ce procédé nous pouvons rapprocher :

1° *Procédé de Soein.* — Il comprend les temps suivants :

- 1° Ouverture du sac ;
- 2° Résection de l'épiploon préalablement fragmenté en plusieurs faisceaux liés avec des fils de soie, réduction ;
- 3° Dissection, isolement et extirpation totale du sac ;
- 4° Avivement de l'anneau ombilical ;
- 5° Suture de la plaie à trois étages.

2° *Procédé de M. Terrier.* — Les premiers temps de ce procédé sont analogues à ceux de M. Lucas-Championnière. Au lieu d'une incision courbe ou droite, il fait une incision cruciale. Arrivé sur l'anneau fibreux, il croit bon d'aviver son pourtour fibreux, parfois même de transformer sa disposition annulaire en ellipse.

Il fait tantôt la suture en masse, tantôt la suture à étages. Il résèque la peau quand elle est trop amincie ou distendue.

3° *Procédé de M. Berger.* — M. Berger insiste spécialement sur la dissection du sac, afin de pouvoir bien détruire l'infundibulum péritonéal.

Il avive l'anneau et quelquefois le fend par en haut et en bas pour en faciliter l'affrontement.

4° *Procédé de Schwartz.* — M. Schwartz procède dans la plupart des temps comme les auteurs précédents ; dans les exomphales petites, il débride l'anneau en haut et en bas et fait une suture en masse de la paroi, y compris le sac pédiculisé : dans les exomphales volumineuses, il fend la peau en haut et en bas, et place deux étages de sutures. Il résèque la peau qui se sphacèle facilement.

Procédé de Tait Sanger. — Après libération du sac et réduction du contenu, l'anneau fibreux est dédoublé en deux plans :

plan fibro-péritonéal ;
plan fibro-cutané.

Puis, les deux plans en question sont réunis respectivement l'un à l'autre par une suture à la soie. Il résèque ensuite le sac y compris l'ombilic cutané jusqu'au niveau de la peau normale. Il termine l'opération par une suture serrée des téguments, également à la soie.

Procédé de Gersuny. — Ce procédé ne diffère des précédents que par la manière de suturer la paroi abdominale. Après avoir suturé l'anneau herniaire, il va à la recherche de la gaine des droits, l'incise sur toute la longueur du bord interne, sépare de la gaine les intersections tendineuses, et lorsque les muscles peuvent être attirés sans une grande tension jusque sur la ligne médiane, passe des fils à quelque distance de leur bord interne. On n'oubliera pas, selon ses recommandations, de faire passer des fils par les intersections fibreuses.

Procédé de Quénu. — La restauration de la paroi abdominale est ici encore le seul point original ; elle peut être résumée ainsi :

1° Suture du plan fibro-séreux formé par le péritoine et le feuillet profond de la gaine des droits ;

2° Ouverture par une incision elliptique faite tout autour de l'orifice herniaire à 1 ou 2 centimètres au delà de la ligne médiane de la gaine des droits. On forme ainsi quatre lèvres aponévrotiques se regardant deux à deux,

deux droites, l'une interne, l'autre externe ; deux gauches, l'une interne, l'autre externe ;

3° Suture en surjet des deux bords internes de la gaine des droits ainsi ouverte ;

4° Décollement du muscle droit de la gaine pour amener son bord interne au contact de son congénère ;

5° Suture du muscle à son voisin. Cette suture est rendue possible par la présence constante d'une intersection tendineuse à la hauteur de la cicatrice ombilicale ;

6° Suture en surjet des bords externes de la gaine des droits entièrement excisée ;

7° Suture cutanée aux crins de Florence.

Procédé de Dauriac ou de l'entrecroisement des droits. Ce procédé consiste à découvrir la gaine des droits et à l'inciser de façon à libérer la face antérieure du muscle. Celui-ci bien dégagé, on le fend transversalement. Le bord supérieur du muscle du côté droit est alors suturé au bout inférieur du muscle du côté gauche et réciproquement. Il faut avoir soin de faire porter l'incision musculaire transversale au niveau d'une des intersections aponevrotiques qui existent dans le corps du muscle. De la sorte les fils passés dans le tissu musculaire ont moins de chance de couper le corps charnu des droits.

Pour consolider la paroi et prévenir toute récurrence, on suturera le bord externe de l'X résultant de l'entre-croisement des droits de chaque côté au bord externe de la gaine ouverte. Puis on reconstituera la gaine aponevrotique en suturant les deux lèvres de l'incision du feuillet antérieur de la gaine et en enfonçant l'aiguille à travers la masse musculaire sous-jacente.

Ayant éprouvé quelques craintes au sujet des éventualités qui pourraient survenir si la suture musculaire n'était pas suivie d'une réunion parfaite, ou s'il se produisait un allongement de la cicatrice consécutif à la consolidation, M. Dauriac a remplacé son procédé primitif par le suivant :

Au lieu de décoller les muscles droits dans toute leur largeur, il s'arrête à mi-chemin. Puis il pratique en plein muscle et à égale distance de ses deux bords, une incision verticale un peu moins longue que l'incision de la gaine. Le muscle se trouve ainsi divisé dans le sens de sa longueur en deux bandes, l'une interne, l'autre externe. Celle-ci est destinée à rester intacte et à assurer la continuité musculaire dans chaque droit. La bandelette externe sera divisée transversalement comme dans le premier procédé et formera quatre lambeaux destinés à être entre croisés et suturés sur la ligne médiane. La réunion se fera à l'aide d'une suture en chaîne pour assurer la solidité des plans musculaires. Puis l'opération sera terminée comme précédemment.

Ces deux procédés ont été décrits l'un sous le nom d'entrecroisement total des droits, l'autre sous le nom d'entrecroisement partiel.

C. — OMPHALECTOMIE

Méthode de M. Condamin. — Incision péri-ombilicale double entourant la totalité du pédicule herniaire et remontant à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic ; après l'incision de la peau, on empiète unilatéralement sur le dédoublement de l'aponévrose des

droits jusqu'à ce que les bords de ceux-ci soient visibles. On incise enfin le feuillet profond et le péritoine. A ce moment on ouvre le sac par son collet en allant de dehors en dedans. On libère le contenu, réduit l'épiploon. On incise avec des ciseaux du côté opposé la couche pariétale dont la peau seule avait été incisée en ayant bien soin d'ouvrir la gaine des droits. On enlève ainsi non seulement l'ombilic, mais encore le sac et la peau qui le recouvrent.

On régularise alors les surfaces de section et on passe deux gros fils métalliques aux extrémités de l'incision pour élever et tendre la paroi, et rapprocher ainsi les différents plans de suture.

Un aide tirant sur ces fils, on commence la suture du péritoine si l'écartement transversal n'est pas trop considérable. Sinon on la fait précéder du passage des fils profonds.

Le péritoine est réuni par une suture en surjet à la Doyen. Dans un deuxième plan de sutures, on comprendra les muscles droits et leur gaine : la peau sera enfin réunie par des sutures métalliques. Si cette couche est très épaisse, il est bon de faire alternativement un point profond et un point superficiel. Les fils profonds sont finalement fixés au moyen de tubes de Galli. A l'heure actuelle, M. Condamin fait la suture du péritoine en même temps que celle de l'aponévrose profonde.

A côté nous rangeons les procédés de Hartmann, Boeckel, Bruns.

Procédé de Hartmann. — L'auteur commence par faire une incision latérale côtoyant la hernie, sur la paroi

fibro-musculaire de l'abdomen, ce qui permet de poursuivre l'épiploon de la cavité abdominale vers le sac herniaire. Il fait ensuite une deuxième incision sur le bord opposé rejoignant la première et circonscrivant ainsi la totalité de la tumeur herniaire qui de ce fait se trouve extirpée en masse. Suture à trois étages des deux lèvres de la plaie : une pour le péritoine, une pour la paroi musculo-aponévrotique, une au crin pour la peau. Chaque fil charge au passage le plan immédiatement sous-jacent déjà suturé, reliant ainsi les divers plans entre eux sans cavité virtuelle intermédiaire.

Procédé de Bœckel. — Voici comment il mène l'opération :

« Je trace, dit-il, au pourtour de la hernie deux incisions elliptiques dont les extrémités se rejoignent sur la ligne médiane à 4-6 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic : les incisions intéressent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

« Je divise ensuite les tissus du côté droit jusqu'au péritoine, en ouvrant largement la gaine des droits, puis je fends la séreuse sur toute la longueur de l'incision cutanée, j'explore alors la région.

« L'épiploon renfermé dans le sac est attiré vers l'intérieur de la cavité abdominale lorsque la chose est possible. Le plus souvent son extrémité périphérique est adhérente au sac et on ne peut le dégager que dans une certaine limite. Il en est de même lorsqu'il adhère au pourtour de l'anneau fibreux. Souvent aussi celui-ci est trop étroit pour permettre le dégagement. D'un coup de ciseau on fend alors cet anneau, et on divise en même temps avec

précaution la peau qui constitue l'enveloppe extérieure du sac.

« Tout le contenu du sac est dès lors bien visible. Rien de plus facile que de l'explorer à sa guise et de libérer les adhérences épiploïques ou intestinales. »

L'épiploon est alors lié à sa base et le pédicule réduit. Pour extirper le sac, on n'a plus qu'à sectionner le côté de la paroi abdominale dont la peau a été divisée lors des premiers temps de l'opération. La plaie est réunie à l'aide d'une suture à quatre étages :

1° Péritoine (points séparés au catgut) ; 2° feuillet postérieur de la gaine des droits ; 3° gaine antérieure et muscles ; 4° peau. La suture fibreuse et musculaire est faite avec de la soie ; la suture cutanée au crin de Florence. Le drainage est inutile.

Procédé de Bruns. — Bruns fait l'omphalectomie suivant le procédé de M. Condamin, mais il fait une suture à deux étages :

- 1° Péritoine, muscles et leur gaine ;
- 2° Peau.

Procédé de M. Le Dentu.

Les premiers temps ne diffèrent point de ceux du procédé de Lucas Championnière. A retenir le conseil qu'il donne : 1° d'ouvrir les sacs accessoires aussi largement que le sac principal ; 2° de faire une ligature étagée de l'épiploon.

Pour pratiquer ensuite l'omphalectomie, voici comment il procède : il isole d'abord le sac très minutieusement

jusqu'au delà du pourtour fibreux de l'anneau ; cela fait, il met à nu la paroi fibro-musculaire de la région sus et sous-ombilicale. Puis, introduisant l'index gauche dans l'anneau, il soulève cet anneau et relève en même temps l'intestin. Ayant comme guide l'index gauche, dirigé en bas, sur une des parties latérales de l'anneau, il attaque de la main droite, à l'aide de ciseaux, le pourtour fibreux de l'ombilic et résèque un triangle pariétal à bords curvilignes, à base aboutissant à l'ombilic et à sommet sous-ombilical.

La résection d'un triangle supérieur pratiquée de la même façon, mais en sens inverse complète l'omphalectomie.

La Place est ensuite suturée en deux plans :

1° Plan profond péritonéo-fibro musculaire ;

2° plan cutané.

Le plan profond est réuni par une suture en surjet au catgut ; les fils sont passés à l'aide de la grosse aiguille de Hagedorn à 1 1/2 ou 2 centimètres des bords de l'ouverture pariétale.

La suture cutanée est faite au crin de Florence, après résection d'un lambeau cutané de chaque côté des lèvres de la plaie superficielle.

Le drainage est pour lui souvent utile, mais pas nécessaire dans tous les cas.

Le procédé de M. Duplay se rapproche du précédent, il ne s'en distingue que par le mode de suture. M. Duplay fait en effet la suture en masse de la paroi, y compris le péritoine.

A côté de ce procédé-type peuvent se ranger les procédés de Casteret, Chandelux, Guilloud, Jeannel.

Procédé de Casteret. — Dans un premier temps, il fait la résection de l'ombilic cutanée : il ouvre ensuite le sac, réduit les viscères et lie l'épiploon. Il termine l'opération par une résection large de l'ombilic fibreux avec ouverture de la gaine des droits et une suture à trois étages.

Dans la manœuvre de résection, une portion des gaines a été réséquée sur le bord interne; la loge commune qui doit contenir les droits sera réséquée d'autant. Plus on aura réséqué plus elle sera étroite. Si les muscles sont trop comprimés ils tendront dans leur contraction à faire écarter les lèvres aponévrotiques. Aussi, pour assurer l'affrontement des feuillets des gaines, il faut exciser les fibres musculaires qui débordent la ligne de section des aponévroses.

Procédé de Chandelux. — Ce procédé est décrit dans la thèse de Casteret sous le nom d'omphalectomie proprement dite : il comprend les temps ordinaires de toute opération, ouverture et dissection du sac, résection du sac et de l'épiploon : mais l'auteur se contente de faire la résection de l'anneau fibreux sans ouverture de la gaine des muscles droits.

Procédé de Guilloud et de Jeannel. — M. Guilloud commence par traiter la hernie, puis il agit comme pour une éventration ordinaire de la paroi abdominale, c'est-à-dire qu'il enlève l'anneau ombilical, ouvrant largement les gaines des droits, il fait ensuite la suture à trois étages de la paroi.

Ce procédé est celui suivi aussi par Ostermayer et par M. Tédénat, de Montpellier.

Le procédé de Jeannel est identique à ces procédés : il ne mérite pas de description spéciale.

Enfin, M. Aubeau a *préconisé* pour les hernies ombilicales volumineuses une méthode particulière : elle consiste à faire dans la région hypogastrique, au milieu des parties saines, en prenant bien soin de ne pas ouvrir le sac, tout en s'en rapprochant le plus possible, une incision verticale et médiane, strictement suffisante pour y introduire la main. Dès que la laparotomie préliminaire est terminée, un aide exercé introduit la main droite armée d'une grosse éponge aseptique bien douce. Il glisse cette main entre la paroi adominale et les intestins jusqu'à l'anneau ombilical où il reconnaît le pédicule formé par les viscères herniés. Il maintient ce pédicule sans exercer aucune traction. Ces précautions prises, on fait la cure radicale de la hernie. La résection du sac n'est faite qu'après la suture de l'anneau avivé et la suture de la plaie de laparotomie. On enlève les portions des téguments malades, s'il y a lieu, et on fait la suture profonde et superficielle des parois. L'idée de cette méthode fut suggérée à l'auteur par une opération de cure radicale d'exomphale qui présenta de très grandes difficultés. Après avoir ouvert un sac herniaire qu'il croyait unique, ce chirurgien, en opérant l'isolement et la dissection de l'épiploon inclus adhérent, ouvrit un second sac qui ne communiquait pas avec le premier primitivement et qui contenait plusieurs anses intestinales. Comme ces anses tendaient à faire irruption dans le premier sac, Aubeau introduisit deux doigts par l'orifice qu'il venait de créer afin d'explorer la deuxième poche, de reconnaître son orifice de communication avec la cavité abdominale

et de voir si l'intestin était réductible. A ce moment, le malade fut pris de vomissements, et avant qu'on eût pu s'y opposer, l'intestin fit irruption au dehors à la fois par l'anneau ombilical et par la perforation artificielle du second sac. Le chirurgien eut alors les plus grandes difficultés à réduire l'intestin.

Nous citerons encore les procédés de Bennet, de Banks, de Cacciopoli.

Bennet, après avoir coupé le sac au ras de la marge de l'anneau, résèque l'épiploon, mais après en avoir choisi un morceau qu'il fixe derrière l'anneau au moyen de quatre sutures placées aux quatre points cardinaux et qui passent à travers les aponévroses et le péritoine pariétal. Il a ainsi un écran épiploïque derrière l'orifice annulaire. Il suture enfin les parois, la peau à part. Cette méthode est, d'après l'auteur, des plus utiles quand l'anneau est large ou les bords si rigides qu'il ne peuvent être affrontés que péniblement.

Cacciopoli suture le collet du sac avant de l'ouvrir, ce qui est facile quand la hernie est réductible. Il suture de façon à éviter la formation d'une fossette en retournant vers l'intérieur de l'abdomen un lambeau du feuillet séreux pariétal. Barker, pour éviter la chute du sang dans la cavité péritonéale, suture, après ouverture et réduction des viscères, l'anneau et résèque ensuite le sac, après l'avoir isolé. Banks se sert du sac pour obturer l'ouverture herniaire.

Enfin M. Jaboulay, dans un cas, n'ouvrit point le sac, il le rentra après l'avoir invaginé, et fit la suture de l'anneau en même temps que celle de l'ouverture sacculaire.

Le même chirurgien a eu l'occasion d'appliquer un pro-

cédé opératoire spécial à certaines hernies qu'il a décrites sous le nom de hernies ombilicales congénitales de l'adolescent et de l'adulte, hernies se faisant par le canal de Richet. Après les temps ordinaires de toute opération, il suture le bord supérieur du canal à la paroi antérieure du même conduit. Cette opération n'a été pratiquée qu'une fois et l'opéré sorti guéri de l'Hôtel-Dieu de Lyon n'a pas été revu.

HERNIES ÉTRANGLÉES

Les procédés de cure radicale employés pour les hernies libres peuvent être appliqués aussi aux hernies étranglées.

Quel que soit le procédé adopté, une fois le sac ouvert, le contenu sera inspecté et lavé avec soin. Une anse intestinale même très atteinte, réduite après un nettoyage soigneux, résiste dans l'immense majorité des cas (Lucas Championnière). Hofmokl qui autrefois, quand une péritonite locale s'était déjà déclarée, que l'anse était pincée dans un étranglement serré ou que l'épiploon avait été largement réséqué, faisait une suture partielle du sac et établissait un drainage profond, a renoncé aujourd'hui à cette dernière pratique et se contente de faire, avant la suture des tissus et la réduction, un lavage soigneux des tissus au sublimé.

Le lavage terminé, on doit s'occuper de rechercher l'agent d'étranglement et de détruire les adhérences qui peuvent s'opposer à la réduction des viscères. S'il y a de l'épiploon, on le fixe d'abord par des pinces pour qu'il ne s'échappe pas tout d'un coup.

L'anneau bien découvert, on le fend par une ou plusieurs incisions pratiquées sur sa partie gauche, ou bien on fait, suivant le conseil de Terrier, de petits débridements multiples. Il faut bien savoir que l'agent de l'étranglement ne réside pas toujours au niveau de l'anneau ou du collet, mais qu'il peut siéger dans le sac lui-même (brides intra-sacculaires, ouvertures épiploïques), ou dans un sac ou un diverticule accessoire. Les coutures de l'intestin, déterminées et maintenues par des brides, amènent aussi les phénomènes de l'étranglement : la torsion de l'intestin sur son axe peut encore produire l'étranglement. L'étude des commémoratifs permettrait parfois, d'après certains auteurs, de soupçonner l'agent de l'étranglement ; mais c'est surtout l'ouverture large du sac qui, permettant un examen direct aisé, éclairera le mieux sur les causes de l'étranglement.

Les adhérences de l'épiploon, de l'intestin grêle du côlon et du mésocôlon seront traitées comme nous l'avons indiqué au chapitre de la cure radiale dans les exomphales libres, mais on pourra parfois se trouver en présence de difficultés insurmontables. Si les adhérences sont d'une dissection trop épineuse, on réduira avec l'intestin celles des parties du sac ou du péritoine adjacent qui lui sont trop intimement unies après les avoir découpées suivant leur contour. Si des déchirures intestinales apparaissent, qu'elles résultent d'une lésion accidentelle, ou qu'elles soient produites par la dissection des adhérences qui unissaient l'intestin au sac ou par l'agent d'étranglement lui-même, il faudra, suivant Berger, les fermer avec une suture de Lembert à la soie. La condition essentielle pour que la suture et la réduction de l'anse blessée soient pratiquées est l'exacte circonscription de la lésion à un point

très limité d'une anse absolument saine. Si on n'était pas sûr de la valeur de la suture ou de l'intégrité des tuniques, peut-être il vaudrait mieux laisser le trajet herniaire ouvert en ménageant un passage par où puisse se faire l'épanchement des matières s'il venait à se produire une petite fistule intestinale.

Si l'on se trouvait en présence d'une hernie en paquet que la dissection des anses agglutinées fût jugée impossible, ou dans le cas d'adhérences en V il faudrait faire l'entérorraphie circulaire. Il est bien entendu que si le malade périssait ou si l'opération était trop longue on ne ferait pas la cure méthodique.

En réduisant, il faut bien s'assurer que l'anse ne présente pas de torsion sur son axe ;

Par le passage du doigt dans l'orifice ombilical, on ira aussi examiner la face postérieure de l'anneau où des adhérences intestinales peuvent exister méconnues, et amener les accidents des fausses réductions.

Si la réduction était impossible, on aurait la ressource de l'anus contre nature à laquelle le chirurgien ne doit se résigner qu'après les recherches les plus attentives et si le prolongement de l'intervention doit tuer le malade.

La résection de l'épiploon qui est souvent étranglé, noirâtre, violacé, à odeur fétide sera poussée le plus haut possible dans la cavité abdominale si on ne veut voir survenir des accidents dont le moindre est un abcès épiploïque dans le moignon.

L'isolement du sac sera fait avec précaution en raison de sa friabilité et on n'exercera sur lui que de faibles tractions.

CHAPITRE III

DE LA VALEUR DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Nombreux, nous venons de le voir, sont les procédés employés pour obtenir la cure radicale des hernies ombilicales. Nous n'aurions certes pas signalé certains procédés si nous n'avions pensé qu'il ne faut pas les bannir complètement de la thérapeutique herniaire, bien qu'ils ne répondent point aux conditions primordiales formulées par Lucas Championnière.

La méthode de ligature de Carl Breuss peut trouver son utilité chez les nouveau-nés, dans les cas où le chirurgien ne peut prendre toutes les précautions antiseptiques. C'est un procédé de nécessité au même titre que la méthode extra-péritonéale d'Olshausen. Celle-ci ne devra être employée que dans les cas où la lacune de la paroi est si considérable, où l'écartement des muscles droits est si grand, qu'après l'ouverture de la hernie, la réduction du contenu et la suture, il serait impossible de réunir les bords de l'ouverture fibreuse.

Les méthodes de ligature de Max et Nottu pourraient peut-être rendre des services chez les enfants, dans certaines exomphales un peu larges, à croissance incessante, incoercibles, quand des raisons majeures contre-indiqueraient la cure radicale par les procédés modernes.

A côté de ces procédés qui peuvent parfois être de quelque utilité, il en est d'autres, au contraire, qu'il faut définitivement abandonner. Après les avoir éliminés, nous essaierons de faire un choix, si c'est possible, entre les procédés reconnus bons. Ce que nous dirons s'appliquera surtout aux hernies libres de l'enfant ou de l'adulte, car nous pensons que, pour le nouveau-né, la simple laparotomie avec extirpation du sac et suture des bords suffit le plus souvent; elle a donné de très bons résultats et rien ne prouve encore qu'il serait plus avantageux de lui substituer d'autres opérations.

La non-ouverture du sac sera faite dans tous les cas, si on ne veut voir l'opérée rapidement affligée d'une hernie aussi volumineuse que la première, à moins de suivre la conduite de M. Jaboulay, que nous avons déjà indiquée.

Le procédé de l'écran épiploïque employé par Bennett doit être rejeté : il détermine des adhérences épiploïques dont les inconvénients ne sont plus à signaler. La fonction de barrière sur laquelle compte l'auteur pour s'opposer à la récurrence est illusoire, l'épiploon se modifiant rapidement dans sa structure sous l'influence des conditions physiologiques nouvelles dans lesquelles il est placé. Il s'affaisse, se déprime et finit par former un infundibulum qui, petit à petit, sous l'action des viscères, s'agrandit par glissement ou par distension et ramène la hernie. L'auteur, du reste, n'a pas fait connaître les résultats.

L'emploi du sac pelotonné, capitonné, rebroussé, ou de l'épiploon, comme tampons ou bouchons de l'orifice herniaire (Banks, Barker, Terrillon) ne paraît pas non plus des plus heureux. Bennett dit que la pratique des opérateurs qui laissent une partie du sac ou de l'épiploon engagée dans l'anneau, fixée ou non par des sutures, est mauvaise. Pour M. Lucas Championnière, l'utilisation de l'épiploon comme bouchon est déraisonnable à tous les points de vue. De fait, on ne voit pas pourquoi, si les adhérences sont la cause principale des douleurs et des troubles, on chercherait à provoquer des adhérences annulo-épiplœiques. De plus, le bouchon sert d'amorce. Pour Lawson Tait, le maintien dans l'anneau d'un fragment épiploïque est un obstacle complet à la permanence de l'occlusion herniaire. M. Berger fait remarquer que l'introduction d'un tampon ou d'un bouchon organique se porte à l'encontre du but qu'on se propose en suturant le trajet dans les tentatives de cure radicale, et cette pratique lui paraît plus propre à favoriser le retour de la hernie qu'à le prévenir.

Il serait difficile de juger la valeur de ces procédés d'après les résultats éloignés ; car, ou les opérés n'ont pas été suivis, et le résultat ultérieur demeure inconnu, ou bien, pour la plupart, ils ont été revus après un laps de temps trop peu considérable pour qu'il soit possible d'établir une juste appréciation de la méthode et d'en tirer des conclusions certaines, d'autant plus que la cause radicale pour inspirer confiance doit avoir été constatée, un an ou un an et demi après l'opération.

Dans deux cas de Banks, revus, l'un neuf mois, l'autre trois mois après l'opération, la guérison s'était

maintenue. Dans deux autres cas, revus deux ans après, il y avait une récurrence aussi considérable qu'avant l'opération. Dans un cas de Barcker, il n'y avait pas de récurrence, six mois après ainsi que dans le cas de Terrillon au bout de trois mois. Dans un cas de Polaillon, récurrence, dix mois après. Dans un cas de Schwartz, qui fixe le pédicule du sac, en le reprenant dans la suture de l'anneau, mais sans l'employer comme bouchon obturateur, il n'y avait pas de récurrence, après trois ans d'une grossesse, c'est-à-dire que le résultat fut exceptionnellement bon. Nous repoussons aussi le procédé qui consiste à laisser le sac dans la plaie ; dans nombre de cas, il se sphacèle ; la suppuration s'établit, et, pour peu qu'on n'y veille, les suites les plus graves peuvent en être la conséquence. Puis, l'infundibulum persistant, la récurrence est, pour ainsi dire, fatale. Si la suppuration se produit, le pronostic sera encore bien plus grave, si on n'a point fait la suture de l'anneau. Un cas de Boeckel est à cet égard des plus instructifs. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, opérée pour des douleurs gastriques telles qu'une incapacité de travail en était résultée. La hernie était irréductible. La peau se nécrosa, l'orifice herniaire, n'étant pas clos, les intestins s'échappèrent au dehors. Malgré leur réintégration presque immédiate dans l'abdomen, et malgré une suture appropriée, une péritonite se déclara et emporta l'opérée.

Nous ne conseillerons pas non plus de recourir au procédé de M. Aubeau. Ce chirurgien préconise son procédé, dans les hernies volumineuses, pour éviter certains accidents ; l'irruption au dehors des anses intestinales sous l'influence des efforts de vomissements provoqués

par le sommeil anesthésique. En face du résultat cherché, sa technique nous paraît bien compliquée. Par une anesthésie complète et bien soutenue, ou avec des aides prévoyants et exercés, l'issue des viscères au dehors peut être évitée le plus souvent. De plus, si petite que soit l'incision de laparotomie, nécessaire pour l'introduction de la main, dans la cavité abdominale, encore l'opération en est-elle allongée. Si bien faite que soit la suture de l'incision abdominale, elle ne donnera jamais une cicatrice résistante, à l'égal de la ligue blanche normale; peut-être enfin, la laparotomie primitive, serait-elle souvent inutile, précisément dans les exomphales volumineuses en raison des adhérences que les viscères contractent fréquemment à la périphérie de l'anneau ou dans son voisinage et qui empêcheraient la main protectrice, armée de l'éponge, d'arriver jusqu'à l'ouverture herniaire, pour y remplir le but assigné.

Restent maintenant en présence les trois méthodes principales :

- 1° De l'annuloraphie;
- 2° De l'omphalotomie avec annuloraphie;
- 3° De l'omphalectomie primitive ou secondaire.

La pratique de l'annuloraphie simple, c'est-à-dire la suture de l'anneau sans avivement préalable n'a peut-être jamais été pratiquée par les opérateurs dans toute sa simplicité, aussi souvent qu'on serait tenté de le croire à un examen superficiel. En effet, les différentes manœuvres opératoires nécessitées par la dissection complète et la pédiculisation d'un sac adhérent à l'anneau, au niveau de son bord et sur sa face abdominale, les débridements exigés par la réduction de l'intestin ou de l'épiploon

amèneraient, même s'il n'était pas avivé, un avivement réel de l'anneau.

Sur 13 opérés par ce procédé, pour des hernies libres, revus, nous notons 3 récurrences, 2 survenues immédiatement (n° 14 et 18 de nos tableaux), l'autre un an après.

Dans les 10 cas non récidivés, les résultats furent constatés :

- 4 fois dans les 4 premiers mois ;
- 3 fois au bout d'1 an ;
- 3 fois au delà d'1 an.

Les cas se répartissent ainsi :

- 1 observation d'Haidenthaler, revue 1 an après, sans récurrence.
- 1 observation d'Hamilton, revue dans les premiers mois.
Pas de récurrence.
- 2 observations de Leuw, l'un des opérés a été revu au bout d'1 an, l'autre au bout de 14 mois, sans récurrence.
- 2 observations Routier, revue l'une 4 mois après, l'autre 22 mois après, sans récurrence.
- 1 observation de Boeckel, revue 3 ans après, sans récurrence.
- 2 observations de Baum, 1 succès constaté après 4 mois, 1 récurrence.
- 2 observations de Waren, 1 récurrence 1 an après (suppuration ayant duré 2 mois), 1 récurrence immédiate. (Suppuration).
- 1 observation de Billroth, pas de récurrence plusieurs mois après.
- 1 observation de Leod, 1 an après, bon état.

En somme, les résultats de l'annuloraphie ne sont pas trop mauvais ; mais certains échecs de Waren (aveu du chirurgien) auraient pu sans doute être évités par l'avivement méthodique et voulu des lèvres de l'anneau.

L'omphalotomie jointe à l'annuloraphie, telle que M. Lucas Championnière l'a décrite et pratiquée, est le type de la méthode à laquelle la plupart des chirurgiens se sont rattachés. On peut y joindre certains procédés qui sans s'écarter sensiblement des grandes lignes de l'opération n'en diffèrent que par la technique de l'avivement.

22 opérés par cette méthode pour des hernies libres ont été revus, et 16 pour des hernies étranglées.

Des 22 premiers, 6 seulement ont présenté une récurrence. Des 16 autres, 3 seulement ont présenté un insuccès, les cas se répartissent ainsi :

- 10 observations de Lucas Championnière : 7 succès, 3 récurrences. Dans un des cas qui ont récidivé, l'opérateur avait été obligé de faire une laparotomie pour arrêter l'hémorragie due à la section des adhérences : dans les deux autres, la hernie était volumineuse.
- 1 observation de Quénu, 18 mois, 1 succès.
- 4 observations de Czerny, 1 succès constaté au bout de 3 ans, 2 au bout de 3 mois, 1 au bout de 5 mois.
- 2 observations de Sängér, 6 et 13 mois, pas de récurrence.
- 1 observation de Burkhardt, 6 mois après, pas de récurrence.
- 3 observations de Boeckel, 1 succès, 2 récurrences : dans un cas il s'agissait d'une hernie énorme, dans l'autre, la guérison s'était produite par granulation.
- 1 observation de Schwartz, récurrence, guérison par granulation.

Les cas de hernie étranglée se répartissent ainsi :

- 1 observation de Ballance, revue 2 ans après bien guérie.
- 1 observation de Brodier, revue au bout de 8 mois, bien guérie.
- 3 observations de M. Gangolphe, 3 succès constatés, l'un au bout de 6 mois, l'autre au bout de 2 ans, le 3^e après 2 mois.
- 1 observation de Picqué, revue 4 mois après. Eventration légère.
- 1 observation de Reverdin, 6 semaines, récurrence. Le rapprochement des bords de l'anneau n'avait pu être obtenu d'une façon exacte.
- 1 observation de Socin, 6 mois après, récurrence.
- 1 observation de Sympson, 3 mois après, bonne cicatrice.
- 3 observations de Lawson Tait, revues au bout d'un temps indéterminé. 3 succès.
- 1 observation de King, revue 1 an après, pas de récurrence.
- 1 observation de Boeckel, revue 5 ans après, pas de récurrence.
- 1 observation de Robert O. Callaghan, pas de récurrence, 3 ans après.
- 1 observation de Duploux, pas de récurrence, temps indéterminé.

Nous allons maintenant donner les résultats fournis par la méthode de M. Le Dentu.

L'omphalectomie secondaire, ou de M. Le Dentu, a été pratiquée par Duplay dix fois; le nombre d'opérés de

M. Duplay n'est pas déterminé : Le Dentu aurait revu une de ses opérées au bout de deux ans, elle ne présentait point de récurrence, malgré une grossesse. Les opérées de Chandelux et de Hartmann, revues l'une six mois après, l'autre huit mois, étaient restées parfaitement guéries.

L'omphalectomie primitive a été faite aussi un certain nombre de fois : dans 4 cas seulement les résultats sont connus, il s'agit :

- 1° D'une opérée de Bœckel revue au bout d'un an sans récurrence ;
- 2° D'une opérée de Langsdorf. Revue au bout de quatorze mois. Récurrence. La hernie était grosse ;
- 3° D'une observation de Zoge. Pas de récurrence quatre mois après ;
- 4° D'une observation de Brackel : cinq mois après on sent à la toux un petit choc.

Quant aux procédés particuliers de Gersuny, de M. Dauriac, ils auraient été pratiqués le premier une fois par Pinnock, et le deuxième deux fois par M. Ricard et l'auteur du procédé.

Les malades de M. Pinnock et de M. Ricard auraient été seules revues, en bon état du reste, l'une au bout de trois ans, l'autre au bout de huit mois. M. Dauriac avait fait l'omphalectomie primitive tout d'abord. Nous rattacherons le cas de Pinnock au cas d'annuloraphie avec omphalotomie et nous aurons en somme :

Annuloraphie pure 13 opérés revus, 3 récurrences ;
Annuloraphie après omphalotomie, 39 opérés revus, 10 récurrences.

Omphalectomie de Le Dentu. 10 opérés revus, 0 récurrence.
Omphalectomie de M. Condamin 5 opérés revus, 2 récurrences.

La méthode de M. Condamin aurait donné le chiffre le plus élevé de récurrences. Aussi croyons-nous bon de montrer le peu de valeur de la statistique en mettant en relief l'influence que certains éléments ont sur les résultats éloignés. Nous ne ferons que citer l'âge du sujet, et de la hernie, le mode de guérison de la plaie, ayant surtout en vue le volume de la hernie.

Sur les 74 cas revus, 54 fois le volume de la hernie est indiqué :

- 2 fois les hernies étaient énormes ;
- 25 fois elles étaient très grosses (2 poings) ;
- 13 fois elles étaient grosses (poing) ;
- 7 fois elles étaient moyennes (œuf de poule) ;
- 7 fois elles étaient petites.

En examinant les résultats nous voyons que :

Les 2 hernies énormes ont récidivé ;

Les hernies très grosses, au nombre de 25, ont donné 8 récurrences : 2 avaient été opérées par le procédé de M. Condamin, elles ont donné lieu à 2 récurrences ;

5 par l'annuloraphie pure, 2 récurrences ;

18 par le procédé de M. Lucas Championnière, 4 récurrences.

Les hernies grosses, au nombre de 13, ont donné aussi 2 succès par le procédé de Lucas Championnière : dans un cas le rapprochement de l'anneau n'avait pu être obtenu, le pédicule du sac n'ayant pu être disséqué, dans l'autre

la guérison s'était produite par granulation. 3 cas avaient été traités par l'annuloraphie, 2 par le procédé de M. Condamin, un nombre indéterminé par le procédé de M. Le Dentu, tous sans récurrence.

Les 7 hernies moyennes n'ont donné aucune récurrence : les 7 hernies petites, 1 récurrence. (Procédé de Bank.)

Nous ne pouvons tirer de ces résultats des conclusions fermes, mais cet exposé suffit pour nous montrer qu'avec les hernies petites, de moyen volume, ou même grosses, tous les 3 procédés sont bons, que les meilleurs peut-être sont ceux de M. Condamin ou Le Dentu : qu'avec les hernies volumineuses le procédé de M. Condamin semble le plus défectueux.

Au point de vue rationnel, quel est celui qui offre le plus de garanties ? La méthode de M. Lucas-Championnière a, sans doute, bien des avantages : elle limite la plaie abdominale aux dimensions les plus petites, laisse intactes les bandes fibro-musculaires de l'abdomen (fait qui a peut-être moins d'importance que ne le croyait Goyrand, d'Aix) et donne lieu, dans le cas de récurrence, à une nouvelle hernie et non à une éviscération. Malheureusement elle exige, pour donner de vraies chances de succès, une dissection profonde du sac, souvent difficile et très longue. Le péritoine a le plus souvent contracté des adhérences internes avec l'orifice ou avec la face profonde de la paroi. Dans la dissection de la face interne, la blessure de l'intestin est possible, comme le prouvent les conseils donnés par Routier de ne rompre les adhérences qu'avec le doigt.

Cette dissection faite, le chirurgien peut encore se heurter à une nouvelle difficulté, celle du rapprochement des bords de l'anneau. La suture opérée, dans de bonnes

conditions même, on n'aurait pas détruit l'infundibulum ombilical et on aurait créé deux fossettes sus et sous-ombilicales qui peuvent constituer des amorces herniaires. Encore est-on bien sûr d'avoir mis en rapport des tissus d'une vitalité suffisante ?

Le procédé de M. Le Dentu exposerait aux mêmes inconvénients. Sans doute, il rendrait le rapprochement des bords plus facile, augmenterait les chances de succès en supprimant l'infundibulum ombilical ; mais les temps difficiles avec la méthode de M. Lucas Championnière persisteraient encore.

Avec le procédé de M. Condamin, tous ces défauts, inhérents aux méthodes précédentes, n'existeraient plus.

Ce procédé rendrait facile la libération du sac et la réduction du contenu ; il abrégèrait, par suite, la durée de l'opération, en même temps qu'il donnerait une plus grande sécurité opératoire. Enfin, il offrirait pour l'avenir le maximum de garanties :

1° En supprimant mieux que tout autre l'infundibulum péritonéal et ombilical ;

2° En donnant à la fin de l'opération une plaie bien disposée pour la réunion par première intention ;

3° En permettant de faire une suture à trois étages.

Ce procédé ne convient malheureusement pas à tous les cas. Sans doute, dans les hernies petites ou ne dépassant pas le volume d'une pomme, la double incision elliptique, divisant toute la paroi primitivement de la surface à la profondeur, comme le fait M. Condamin, pourra permettre d'arriver facilement sur le bord interne des droits que l'on recherche. Mais si la hernie est volumineuse, si elle l'est plus que son volume apparent ne l'indique, ce

qui est fréquent, si elle est étalée derrière la couche graisseuse sous-cutanée, en avant de la paroi fibro-musculaire, ou si cette couche de graisse présente 5, 6, 8 centimètres d'épaisseur, croit-on qu'il sera facile d'aller trouver les bords des muscles droits ?

Quelle énorme ellipse de tissus ne faudrait-il pas circonscrire par la double incision en face d'une grosse exomphale, si on voulait en atteindre facilement le contour pour pouvoir, en le côtoyant, sectionner les tissus sous-jacents de la paroi abdominale. En face d'une exomphale quelque peu volumineuse, ou bien les incisions verticales seront faites tangentiellement aux extrémités transversales de la tumeur, et il pourra en résulter une perte de tissus beaucoup trop considérable, ou bien elles resteront en dedans de ces extrémités et alors on tombera sur le sac qu'il faudra récliner, disséquer sur ses rebords et contourner pour pouvoir rencontrer les bords internes des recti, et ce n'est qu'au prix des plus grandes difficultés. Boeckel a fait l'omphalectomie deux fois pour des hernies du volume d'une tête d'enfant, Brackel pour une hernie de même dimension ; aucun de ces chirurgiens n'a éprouvé de difficultés pour le rapprochement des lèvres. Mais, en revanche, Pernice et Langsdorff ont eu, après une omphalectomie, l'un pour une hernie très grosse, l'autre pour une hernie du volume d'une tête d'enfant, des difficultés considérables dans le rapprochement des lèvres de la plaie. Dans le cas de Pernice, la suture à trois étages fut impossible ; l'opérateur dut recourir à la méthode à deux étages de Bruns.

Pour Brodier l'omphalectomie primitive ne pourrait pas être pratiquée dans le cas d'adhérences intra-abdominales

étendues ; et, pour lui aussi, si des sacs sous-péritonéaux existaient, ce procédé de laparotomie ne serait pas sans offrir des dangers.

Pour terminer, n'oublions pas que, si l'on vient à échouer par le procédé de Lucas-Championnière, la récurrence sera une pointe de hernie et qu'on en sera quitte pour recommencer, tandis que si l'omphalectomie vient à échouer, on se trouvera en présence d'une véritable éviscération qu'il ne sera guère possible de guérir.

Nous concluons donc qu'en principe :

1° Dans la cure radicale des exomphales libres, la méthode à suivre est celle de l'omphalotomie avec annuloraphie ;

2° L'avivement de l'anneau sera fait largement et les bords juxtaposés autant que possible par la suture ;

3° Si le rapprochement des bords de l'anneau est difficile ou impossible à obtenir, bien qu'il soit doué d'une vitalité et d'une élasticité suffisante, on aura recours à l'omphalectomie secondaire de Le Dentu ;

4° Si ces bords sont amincis, friables, ou durs ou inextensibles, on aura recours à la résection elliptique de l'anneau, comme dans l'omphalectomie primitive. En faisant cette résection, on ouvrira la gaine des muscles droits si la perte de substance opératoire ne crée pas de difficultés pour la coaptation des lèvres de la plaie ;

5° L'omphalectomie primitive pourra être appliquée d'emblée sur les exomphales petites ou de moyen volume bien délimitées quand l'exploration préalable aura montré que leur contenu ne présente pas d'adhérences ;

6° Si, dans le cours d'une opération commencée suivant la méthode de M. Lucas-Championnière, pour hernie

adhérente de petit ou de moyen volume, l'exploration de la face postérieure de l'anneau par le doigt montre l'absence d'adhérences, ou l'existence d'adhérences limitées, on pourra, séance tenante, faire l'omphalectomie de M. Condamin.

Si cette même exploration, dans le cas de hernie volumineuse pédiculée, permet de reconnaître les dimensions de l'anneau et fait espérer une réunion facile des lèvres de la plaie, on pourrait encore faire l'omphalectomie. On bénéficierait des avantages que donne la méthode pour la libération des adhérences.

**De la suture de la plaie opératoire.
Précautions à prendre pendant et après
l'opération.**

Au fur et à mesure que nous avons exposé les procédés opératoires, nous avons donné en détail les modes de suture employés par les chirurgiens. Inutile de les décrire de nouveau. Disons seulement qu'à l'heure actuelle le procédé en vogue, et, à juste titre, est celui de la suture à étages. Il assure mieux que tout autre la guérison, en mettant toujours en rapport et très intimement des tissus de même nature : cette juxtaposition exacte ne serait pas obtenue avec la suture en masse.

Dans les cas où l'on aura fait l'omphalectomie totale, on pourra donc suivre soit le mode de suture de M. Condamin :

- 1° Suture simultanée du péritoine et de la gaine postérieure des droits ;
- 2° Suture des muscles et de leur gaine antérieure ;
- 3° Suture de la peau.

Ou bien suivre la méthode de Maydl :

- 1° Suture du péritoine ;
- 2° Suture de la gaine postérieure de recti ;
- 3° Suture des muscles droits et de leur gaine antérieure ;
- 4° Suture de la peau.

Après l'opération par le procédé de Lucas Championnière ou de Le Dentu, il serait peut-être bon d'ouvrir la gaine des droits, et de les suturer sur la ligne médiane suivant le procédé de Gersuny ou de Quénu. Le procédé de M. Dauriac, très ingénieux sans doute, nous paraît un peu compliqué.

Il ne suffit pas pour éviter l'éventration de pratiquer une suture à trois ou quatre plans, il faut encore, condition primordiale, suturer des tissus de vitalité suffisante. Certaines précautions nous semblent encore bonnes à prendre. Hanks recommande en opérant de ne pas employer un drain trop gros ni trop large. Byford veut qu'on se débarrasse de l'excès de graisse et des tissus contusionnés. Pryor dit d'inciser les parois au bistouri et de ne recourir ni au ciseau, ni à la sonde cannelée ou au doigt qui déchire les tissus.

Avant de suturer il faudra faire l'hémostase soignée des lèvres de la plaie, sinon il se forme des hématomes qui entravent l'adhésion des bords : si on a drainé, ce qui ne doit être fait que dans des circonstances exceptionnelles,

il ne faut jamais faire de lavages qui rompraient les adhérences commencées et pourraient faire passer dans le ventre des produits de sécrétion.

Ce qu'avant tout il faut éviter, c'est la suppuration: « Si après une laparotomie, dit M. Terrier, une partie de la plaie vient à se désunir et ne guérit que par seconde intention, on est presque sûr de voir une éventration à ce niveau. » Dans un certain nombre des observations des accidents suppuratifs sont signalés.

Boeckel. Suppuration. Revue 2 mois après. Récidive.

Boeckel. G. par granulations. 18 mois. Légère récurrence.

Brackel. Hématome suppuré. 10 mois. Légère récurrence.

Waren. Un point de la plaie suppure dans la première observation pendant 2 mois et pendant 6 mois dans la deuxième. Récurrence marquée dans les deux cas.

Routier. Légère suppuration. Revue 3 ans après. Reste guérie.

Leod. Suppuration légère. Revue 1 an après, reste guérie.

Lucas Championnière. Petite ulcération au niveau du drain. Petite récurrence 2 ans après.

Chandelux. Petit abcès sous-cutané. Revue 6 mois après, bien guérie.

Terrier. Suppuration. Guérison au bout de 3 mois.

Sur 10 cas qui ont guéri par granulations et qui ont été revus, nous notons 6 fois la récurrence : le chirurgien devra donc faire l'asepsie la plus minutieuse possible.

Après l'opération, si l'on veut parer à tout danger d'éventration, il faudra exiger du malade un repos au lit complet, dans le décubitus dorsal très prolongé afin que la cicatrice de la paroi soit déjà très résistante quand elle

aura à supporter la poussée des viscères et la traction des plans musculaires de l'abdomen. Le séjour au lit doit être au moins de trois semaines. Une des malades opérées par M. Lucas-Championnière qui voulut sortir au bout de 18 jours avait une petite récurrence 5 ans après.

Il faut éviter tout effort pour ne pas amener des tiraillements sur les sutures ; les quintes de toux, les accès d'asthme, les bronchites qui amènent des contractions intenses des muscles abdominaux doivent être évitées avec la plus grande sollicitude. Enfin tout opéré exerçant une profession pénible, fatigante, ne doit la reprendre que plusieurs mois après l'opération. Enfin il sera bon de faire porter aux opérés une ceinture à pelote.

OBSERVATIONS

I. HERNIES LIBRES

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
1. — Banks, 1885. In Vulpius, <i>Die Radikaloperation der Hernien</i> , 1890.	Femme, 42 ans. Hernie volume deux poings. Douleurs, malaise, ulcérations peau.	Incision elliptique, peau et sac. Résection épiploon. Sutures de l'anneau à la soie. Suture peau. Drain.	Revue neuf mois après. Bien guérie. Porte bandage.
2. — Id., 1884. <i>Medical Times</i> , 1884.	Femme, 35 ans. Hernie bilobée. Peau ulcérée. Irréductibilité.	Incision sur lobe gauche herniaire. Deux sacs. Séparation, peau et sac impossible. Côlon transverse péniblement libéré et perforé dans dissection : perforation suturée, catgut. Résection épiploon. Excision peau ulcérée. Sutures de l'anneau, de la peau.	Revue trois mois après en bon état. Porte ceinture.
3. — Id., après 1880. <i>British medical journal</i> , 1882.	Femme, 27 ans. Hernie gênante et douloureuse. Empêche travail. Bandage.	Ablation partielle du sac. Le reste chiffonné est traversé par plusieurs catguts maintenant le plissement. Anneau suturé.	Revue deux mois après. Réc. presque aussi considér. qu'avant l'opér.
4. — Id., 1887. Id., 1887.	Femme, 55 ans, obèse. Hernie volume noix de coco. 2 ans.	Ouverture sac. Epiploon lié, reséqué. Anneau suturé. Suture peau.	Rev. deux ans après. Réc. n'a pas porté bandage.
5. — Barker, 1885. Congrès Dublin, 1887.	Femme, 42 ans, 8 enfants. Hernie volume deux poings. Irréductible partiellement. Peau ulcérée et suppurante.	Incision elliptique circonscrivant peau ulcérée. Ablation sac suturé et épiploon. Suture à quatre plans.	Porte bandage. Revue cinq à six mois après, sans récidive.
6. — Haidenthaler, 1884. <i>Arch. für Clin. Chir.</i> , 1890.	Femme, 50 ans, emphys. Croissante. Volume poing.	Sac ouvert et excisé après division en segments. Suture péritoine à soie. Suture anneau. Suture peau.	Revue un an après sans récidive.
7. — Hamilton, <i>Med. news</i> , 1893.	Femme, 54 ans. 20 ans. Hernie réductible. T. digestifs.	Epiploon adhérent libéré et reséqué. Intestin réduit. Sac excisé. Suture métallique comprenant peau et anneau, déjà suturé en bourse au catgut.	Pas de récidive dans les premiers mois.
8. — Leuw. <i>Arch. für Clin. Chir.</i> , 1893. Op. mars 1891.	Homme, 40 ans.	Incision courbe au-dessus de l'ombilic. Suture en bouton de l'anneau.	Revu un an après sans récidive.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
9. — Leuw., 1890.	Homme, 21 ans.	Incision oblique. Sac vide et suture. Suture anneau.	Quatorze mois après sans récurrence.
10. — Routier. Thèse Barrier, <i>Op.</i> 1886.	Femme, 45 ans. 46 ans. Grosse. Fibrome utérin concomitant. Douleurs.	Epiploon adhérent au collet. Libération et résection : ligature. Résection du sac. Quatre sutures de l'anneau. Suture peau. Légère suppuration.	Ceinture à pelote, quatre mois, pas de récurrence.
11. — Id., <i>Bulletin Société de Chirurgie</i> , 1886. <i>Op.</i> 1886.	Homme, 52 ans. Douleurs stomacales.	<i>Ut supra</i> . Suture isolée du péritoine. Trois sut. Anneau soie.	Revu vingt-deux mois. Sans récurrence. Pas de bandage.
12. — Boeckel, 20 mai 1890. <i>Cure radicale de la H. ombilicale</i> , 1895.	Femme, 38 ans. 7 ans. Poing d'enfant. Irréductibilité.	Incision elliptique de la peau. Suture de l'anneau. Suture à deux étages, pas de drain.	Trois ans après pas de récurrence.
13. — Baum, 1881, <i>in</i> Leisrinck.	Femme, 59 ans. Poing d'adulte. Peau ulcérée.	Excision de la peau ulcérée. Epiploon et sac réséqués. Sutures de l'anneau.	Quatre mois après. Sans récurrence.
14. — Id., 1880.	Femme, 23 ans. Hernie adhérente. Irréductible.	Adhérence épiploïque et intestinale. Résection épiploïque et sac. Sut. anneau.	Récurrence. Pas de bandage.
15. — Billroth, 1881, <i>in</i> Leisrinck.	Femme. Hernie réductible.		Pas de récurrence, plusieurs mois après.
16. — Léod, <i>Ind. méd. Gazette</i> , 1887, p. 235, vers 1887.	Femme, 43 ans, obèse. Cinq ans. Volumineuse. Réductible.	Sac réséqué après ligature. Ablation épiploon adhérent. Anneau, large de trois doigts, suturé. Guérison en 3 mois.	Un an après. Bon état.
17. — Waren, <i>Ann. Journ. of Association</i> .	Femme, 45 ans, obèse. Volume cuvette, croissante, irréductible. Incoercible.	Incision longitudinale. 18 centimètres. Epiploon adhérent à intestin grêle. Côlon... Dissection des adhérences. Epiploon réséqué. Sac excisé en partie. Anneau suturé. Suppuration ayant duré deux mois.	Revue un an après. Petite récurrence, Porte bandage.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
18. — Waren.	Femme, 60 ans, obèse. Hernie volumineuse. Tête enfant. Circonférence 40 centimètres. Irréductible, peau mince.	Sac ouvert divisé en loges, contenant épiploon, colon ascendant et intestin grêle. Résection de l'appendice vermiforme. Epiploon réséqué. Réduction intestinale. Deux plans suture. Drain. Suppuration locale ayant duré six mois.	Récidive marquée.
19. — Terrillon, 1888. <i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1888.	Femme, 26 ans. Hernie volume noix. Douleurs. Vomissements. Trois mois.	Incision verticale. Epiploon non adhérent, non réséqué. Pédicule, sac fixé à anneau par catgut. Suture anneau. Suture peau.	Revue après trois mois. Pas de douleurs. Pas de récédive.
20. — Lucas Championnière, 4 septembre 1886, <i>in</i> Bockel.	Femme, 45 ans. Irréductibilité. Douleurs. Vomissements.	OMPHALOTOMIE AVEC ANNULORAPHIE	Six mois. Pas de récédive.
21. — Id., 20 janvier 1887.	Femme, 50 ans. Trois ans. Troubles digestifs. Vomissements. Irréductibilité.	Extirpation d'une masse épiploïque intra-abdominale constituant un sac herniaire. Double plan de sutures.	X... mois. Pas de récédive.
22. — Id., 30 juin 1887.	Femme, 38 ans. Dix ans. Irréductibilité. Incoercibilité. Douleurs.	Excision d'une portion considérable d'épiploon. Dix sutures péritonéales au catgut. Drain.	Un an après. Tendence peu marquée à la récédive.
23. — Id., 12 juillet 1887.	Femme, 51 ans. Treize ans. Hernie mesurant 78 cm. de tour à la base. Irréductibilité. Emphysème. Impotence absolue.	Sac graisseux épiploïque adhérent. Hémorragie après section du collet nécessitant laparotomie. Intestin adhérent au voisinage. Hémostase. Sut. profondes et superficielles au catgut.	Ceinture à pelote. Légère récédive, seize mois après.
24. — Id., 23 mai 1889.	Femme, 37 ans. Deux ans. Volumineux. Irréductible.	Ablation de 573 grammes d'épiploon. Résection, sac et peau. Suture de la plaie superficielle en deux plans.	Ceinture à pelote. Deux ans après, légère récédive, tousses beaucoup.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
25. — Lucas Championnière, 30 juin 1891.	Femme, 36 ans. Volume moyen. Irréduct. partielle.	Épiploon considérable réséqué. Drain.	Huit mois. Excellentes nouvelles.
26. — Id., 8 mai 1891.	Femme 45 ans. Quinze ans. Tête de fœtus. Douleurs.	Dissection laborieuse des intestins. Résection du sac. Drain.	Neuf mois. Pas de récurrence.
27. — Id., 30 juillet 1891.	Femme, 42 ans.	Procédé ordinaire.	Six mois. Cicatrice solide.
28. — Id., 17 août 1891.	Femme, 41 ans. Quinze ans. Douloureuse.	Id.	Six mois. Cicatrice parfaite.
29. — Id., 21 janvier 1892.	Femme, 34 ans. Dix ans. Deux poings.	Id.	Six semaines après. Cicatrice solide.
30. — Czerny, in Vulpus, <i>Die Radikaloperation der Hernien</i> , 1890. Op., 1886.	Homme, 30 ans. Six semaines. Noisette. Irréductible. Vives douleurs.	Les premiers temps selon les règles habituelles. Avivement des tissus fibreux, cinq sutures au catgut de l'anneau y compris le péritoine. Excision de la peau. Sutures superficielles.	Trois ans. Pas de bandage, pas de récurrence.
31. — Id., 1889.	Femme, 35 ans. Huit ans et demi. Deux poings d'adulte. Peau ulcérée.	<i>Ut supra</i> . Suppuration.	Cinq mois. Pas de récurrence.
32. — Id., 1889.	Femme, 35 ans. Dix ans. Œuf de poule. Douleurs. Irréductible.	<i>Ut supra</i> .	Trois mois. Pas de récurrence. Bandage.
33. — Id., 1889.	Homme, 44 ans, tousse. Cinq ans. Noix de G. Doul. Irréd.	<i>Ut supra</i> .	Trois mois. Pas de récurrence.
34. — Burkhardt, in Vulpus, après 1880.	Femme, 44 ans. Dix ans. Hernie, volume assiette à soupe.	Incision oblique. Sac ouvert. Épiploon lié et réséqué. Intestin grêle, colon ascendant et transv., cæcum et estomac, hernies. Sac et peau excisés. Anneau sut. après avivement. Sutures à étages. Drain. Petit abcès sous-cutané.	Six mois après. Pas de récurrence. Porte ceinture.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
35. — Säger, <i>Cent. fur Gynak.</i> , 1890. Op., 1889.	Femme, 48 ans. Quinze ans. Deux poings. Douleur. Peau ulcérée.	Réséction de 500 grammes d'épiploon. Résection du sac et suture à la soie. Suture à deux étages.	Treize mois après. Cicatrice solide.
36. — Id.	44 ans, obèse. Quatorze ans. Deux poings d'adulte. Irréductible.	Sac cloisonné renferme iléon, jejunum, portion du côlon descendant et épiploon. Résection et réduction de ce dernier. Procédé de l'auteur.	Huit mois. Pas de récurrence. Bandage à pelote.
37. — Bæckel, 23 février 1888. <i>Loc. cit.</i>	Femme, 47 ans. Dix-huit ans. Énorme. descend jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Irréductible.	Réséction d'une bande épiploïque de 39 centimètres de long. Vingt-cinq ligatures perdues. Le côlon transverse est contenu dans le sac. Débridement de l'anneau. Suture de l'anneau et de la peau. Pas de drain.	Deux mois après. Bon état au bout de cinq ans, éventration légère.
38. — Id., 18 janvier 1891.	Femme, 57 ans. Onze ans. Pomme. Douleurs. Troubles digestifs. Irréductibilité.	Adhérences épiploïques. Résection du sac. Suture de l'anneau débridé. Résection d'un lambeau de peau.	Quatre ans. Pas de récurrence. Ceinture abd.
39. — Id., juillet 1893.	Femme, 65 ans. Vingt ans. Pomme d'api. Irréductible. Douleurs. Incapacité de travail. Éventration sus-ombilicale.	<i>Ut supra.</i> Puis laparotomie pour traiter l'éventration. Suture à 3 étages après résection d'une partie du sac. Excision de la peau. Nécrose d'une partie du sac non réséqué et de la peau. Guérison par granulation.	Ceinture. Dix-huit mois. Légère récurrence.
40. — Schwartz, <i>Revue générale de clinique</i> , 1892.	Femme, 55 ans, obèse, 11 enfants. Seize ans. Volume tête enfant.	Incision 20 centimètres. Épiploon adhérent divisé en loges. Anneau débridé en haut et en bas. Épiploon libéré réséqué. Sac non décollable. Suture du péritoine. Peau réséquée. Anneau suturé. Léger sphacèle des bords de la plaie.	Début de récurrence. Trois mois après quitte ceinture.
41. — Schwartz. Id.	Femme, 30 ans. Hernie petite, incoercible, douloureuse.	Procédé de l'auteur.	Guéris. maintenue après trois ans et une grossesse.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
42. — Polailon, in thèse Brodier, vers 1890.	Femme, 32 ans. Huit ans. Volumineuse.	Incision verticale ouvrant sac et peau. Epiploon réséqué. Anneau débridé. Excision partielle du sac lié avec sept catguts. Sutures profondes et superficielles. Pédicule du sac fixé à l'anneau suturé après débridement.	Dix mois après. Récidive.
43. — Le Dentu, <i>Gaz. des Hôpitaux</i> , 1893, vers 1891.	Femme. Hernie avec éventration.	OMPHALECTOMIE Procédé de Le Dentu. Soixante-douze sutures de l'appendice xiphoïde au pubis.	Deux ans. Accouchement depuis lors, pas de récédive.
44. — Duplay, in Boeckel, à partir de 1891.	Dix femmes, sept de 35 à 40 et trois de 45 à 55. Volume du poing (3 cas), de deux poings (1 cas). Les autres (œuf de poule). Irréductibilité totale ou partielle. » »	Omphaléctomie. Suture en masse.	Quelques-unes de ces opérées ont été revues longtemps après l'opération sans récédive.
45. — Chandelux, thèse Casteret, 1892.	Femme. — Incapacité de travail.	Procédé de l'auteur. Gaine du droit antérieur gauche ouverte par mégarde.	Six mois après. Bien guérie.
46. — Hartmann, 1892.	Femme, 26 ans.	Omphaléctomie.	Huit mois. Pas de récéd.
47. — Jannel, <i>Rev. de chirurgie</i> , 1890.	Ascite et kyste ovarique. Dix-huit mois. Orange.	Kélatomie, puis laparotomie pour extraire le kyste. Résection du sac.	Six mois. Récidive.
48. — Boeckel, in Boeckel.	Femme, 69 ans. Quatre ans. Mandarine. Tr. gastriques. Irréductible. »	Procédé de l'auteur.	Un an. Pas de récédive.
49. — Langsdorff, <i>Cent. für Chirurgie</i> , 1895, op. 24 févr. 1894.	Très grosse hernie, douloureuse. Ulcérations.	Omphaléctomie... Méthode de Bruns (Sutures destinées à réunir le péritoine et l'aponévrose profonde difficiles à placer). On fait maigrir la patiente par régime sévère de 12 kg. 1/2.	Récidive quatorze mois après.

OPÉRATION ET DATE	AGE, VOLUME ET CARACTÈRES DE LA HERNIE	INDICATIONS OPÉRATOIRES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
50. — Zoge de Manteufeld, <i>Arch. chir.</i> , 1895, op. 1 ^{er} juillet 1893.	Femme, 42 ans, très grasse. Trois ans. Orange. Réductible, douloureuse.	Omphalectomie suivant le procédé de Condamin.	Dix mois après. Pas de récédive.
51. — Brackel, 1895, vers mai 1894.	» Douze ans. Incoercible. Partiellement réductible. Volume tête d'enfant.	Omphalectomie. Adhérences du côlon transverse à la partie supérieure de l'anneau.	Cinq mois. Petit choc à la toux.
52. — Pinnock, <i>British medical journal</i> , 1894, op. 1 ^{er} 10 décembre 1894.		Procédé de l'auteur qui n'est autre que celui de Gersuny.	Deux ans après. Pas de récédive.
53. — Ricard, <i>Semaine médicale</i> , 6 mars 1895, op. juin 1894.	Femme, 48 ans. »	Procédé Dauriac.	Huit mois après. Bonne cicatrice.
54. — Quénu, thèse Roger, 1895, vers 10 août 1893.	Femme, 51 ans. Accidents d'étranglement. Œuf de pigeon. Partiellement réductible.	Suture de l'anneau. Procédé de suture de l'auteur.	Dix-neuf mois après. Bien guérie.

II. HERNIES ÉTRANGLÉES

OPÉRATEUR ET DATE	AGE ET VOLUME DE LA HERNIE DURÉE DE L'ÉTRANGLEMENT	OPÉRATIONS ET SUITES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
1. — Ballance, 1885. <i>British med. journal</i> , 1885.	Femme, 50 ans. Noix de coco.	Intestin réduit assez difficilement. Épiploon sac et peau excisés. Suture de l'anneau.	Revue deux ans après, bien guérie.
2. — Bartleet, 1882. <i>British med. journal</i> , 1882.	Homme, 40 ans, bronchites. Mal contenue. Volume des deux poings. Trente-six heures.	Incision sur le côté gauche. Étranglement au niveau anneau. Réduction intestin. Suture plaie.	Revu au bout de huit mois. Bien guéri.
3. — Brodier, 1892. Thèse de Paris, 1893.	Femme, 61 ans, ventre retombant. Peau amincie.	Incision médiane. Ouverture. Adhérences solides de l'intestin et de l'épiploon aux parois sac et collet herniaire. Débridement en haut et en bas. Dissection sac jusqu'à face profonde, anneau. Suture orifice.	Un an après. Cicatrice solide.
4. — Gangolphe, 1894. Thèse Casteret, 1892.	Femme, 50 ans. Ancienne. Volume deux poings Étranglée, quarante-huit heures.	Incision peau en ellipse. Ouverture sac. Débridement en haut. Réduction facile. Résection sac. Fermeture par suture profonde comprenant péritoine et aponévroses. Suture peau, fil argent.	Six mois. Pas de récurrence.
5. — Id.	Femme, obèse. Hernie volume tête de fœtus. Étranglée pour deuxième fois. L'herniotomie faite un an avant n'avait pas été suivie de cure radicale. Étranglement récent.	Incision sac et réduction. Suture péritoine en surjet. Points métalliques profonds et superficiels prenant anneau et peau.	Deux ans après. Sans récurrence.
6. — Id.	Femme, 50 ans. Hernie petite.	Kélotomie. Débridement en haut et en bas. Résection sac. Surjet continu comprenant orifice et incision de débridement. Suture peau et graisse par fil métallique.	Deux mois après. Cicatrice parfaite.
7. — Haidenthaler, 1884.	44 ans. Ancienne. Étrangl. un jour. Poing.	Kélotomie. Ablation du sac. Suture péritoine à la soie. Suture des parties molles.	Huit ans après. Sans récurrence.

OPÉRATEUR ET DATE	AGE ET VOLUME DE LA HERNIE DURÉE DE L'ÉTRANGLEMENT	OPÉRATIONS ET SUITES	RÉSULTAT ET DURÉE DES OBSERVATIONS
8. — Jeannel.	21 ans. Récént.	Kélotomie. Débridement anneau. Cure radicale.	Six mois après. Sans ré- cédive.
9. — Koch, <i>Zeitschr. f. Chir.</i> , 1889.	Femme, 66 ans. Deux jours. Œuf de poule.	Sac ouvert. Épiploon libéré réséqué. Moignon réduit. Péritoine suturé. Suture peau.	Revue quelques mois après. Pas de récédive.
10. — Leisrinck, 1881.	Femme, 48 ans. Vingt heures. Œuf de poule. Taxis.	Suture collet du sac.	Six mois apr. Pas de ré- cid. Récid. un an après.
11. — Piqué, 1887. Wertheimer, Thèse de Paris, 1888.	Femme, 65 ans. Tête de fœtus. Taxis infructueux.	Kélotomie. Débridement anneau. Résection sac. Suture simultanée de l'anneau et du péritoine. Suture peau. Drain.	Quatre mois après. Even- tration légère.
12. — Reverdin, 1881. <i>Revue</i> <i>Suisse romande</i> , 1881.	62 ans. Vingt-quatre heures. Volume poing.	Incision peau et sac. Débridement. Réduction intestin. Ligature et résection épiploon dont le pédicule adhérent à l'anneau est laissé en place. Résection partielle peau comprenant ombilic. Rapprochement incomplet des bords de l'anneau au-dessus du pédicule. Suture drain.	Six semaines. Récédive.
13. — Socin, 1880, thèse Mestral, 1881.	Femme, 41 ans. Hernie volume tête enfant. Treize heures. Dix-huit ans.	Kélotomie. Sac contenant épiploon et intestin étranglé dans un diverticule du sac. Résection sac et peau. Suture perdue du péritoine. Six sutures des tissus avivés.	Six mois. Récédive.
14. — Sympson, 1891, <i>British</i> <i>medical journal</i> , 1892.	Femme, 48 ans. Hernie volume, balle de jeu. Récent. Quinze ans.	Incision verticale médiane. Ouverture sac. Réduc- tion de l'intestin après débridement. Suture des parties molles au crin de Florence. Les phéno- mènes de l'étranglement continuent après réou- verture du sac contenant épiploon adhérent et très épars. On découvre une anse intestinale au bord de l'anneau étranglée par une bride qu'on résèque. Ablation sac et peau. Suture au crin de Florence.	Bonne cicatrice. Trois mois après.

OPÉRATEUR ET DATE	AGE ET VOLUME DE LA HERNIE DURÉE DE L'ÉTRANGLEMENT	OPÉRATIONS ET SUITES	RÉSULTAT ET DURÉE DE L'OBSERVATION
15. — Terrier, <i>Société de chirurgie</i> , 1881.	Hernie volumineuse. Taxis infructueux. Etranglement, dix heures.	Incision cruciale. Adhérences épiploon étendues rendant difficile découverte intestin. Ouverture sac. Réduction intestin et résection partielle épiploon. Suture peau à soie phéniquée. Drain. Sphacèle des bords de la plaie. Procédé de l'auteur. Trois cas.	Trois mois. Guérison parfaite.
16. — Lawson Tait, <i>British medical journal</i> , 1883.	33 ans. Tête d'enfant.	Suture du sac, de l'anneau, de la peau.	Pas de récurrence.
17. — King, <i>Intern. medical magazine</i> , Philadelphie.	74 ans.	Kélotomie et cure radicale. Intestin noirâtre. Débridements multiples. Suture de l'anneau. Pas de drain.	Un an. Pas de récurrence.
18. — Boeckel, <i>Loc. cit.</i>	Vingt ans. Poing irréductible depuis deux ans. Quelques heures.	Suture de l'anneau après avivement.	Cinq ans. Pas de récurrence.
19. — Robert O. Callaghan, <i>British medical journal</i> , 1893.	74 ans. Hernie aussi large qu'une assiette à dessert.	Incision sac. Réduction complète. Excision des deux masses épiploïques. Anneau avivé, oblitéré par deux points de suture catgut.	Pas de récurrence. Trois ans après.
20. — Duploux, <i>Francemédicale</i> , 1890.	38 ans. Volume noix. Taxis infructueux. Quelques heures.		Pas de récurrence.

CONCLUSIONS

Il faudra tenter la cure radicale.

A. — *Chez le nouveau-né.*

1° Dans les hernies volumineuses, irréductibles ou non, renfermant l'intestin avec ou sans le foie, à moins que l'affrontement des lèvres de la plaie ne puisse se faire sans amener chez l'enfant des troubles respiratoires marqués, ou que la réduction des organes ne puisse être obtenue sans une compression exagérée ;

2° Dans les hernies de moyen volume irréductibles en totalité ou en partie ;

3° Dans les hernies petites, munies d'un sac à vitalité chancelant ;

4° Dans les hernies petites, irréductibles ; tendant ou non à s'accroître ;

5° Dans les hernies dont le sac est éraillé ou rompu.

On n'interviendra pas si les enfants sont chétifs ou nés trop longtemps avant terme, ou s'ils sont porteurs de lésions incompatibles avec l'existence.

B. — *Chez l'enfant l'opération est indiquée :*

1° Chez les enfants de deux à sept ans que les parents, pauvres, occupés par leurs travaux, ne peuvent surveiller assez étroitement, quand au bout de dix-huit mois à un an, la hernie sort comme au premier jour ;

2° Dans les hernies irréductibles.

On opérera régulièrement à partir de 7 ans :

1° Les exomphales irréductibles ou incoercibles à tendance incessante à l'accroissement ;

2° Les hernies ombilicales dont la peau présente des ulcérations ou des lésions inflammatoires ;

3° Les hernies ombilicales sujettes à des accidents inflammatoires ;

4° Les hernies ombilicales à anneau large ;

5° Les hernies ombilicales qui occasionnent des troubles retentissant sur l'état général et le développement du jeune sujet ;

6° Les hernies ombilicales qui empêchent le porteur d'entrer dans certaines carrières où ils sont candidats.

Chez l'adulte, on interviendra toutes les fois que la hernie ne sera pas « constamment, facilement et complètement maintenue ». La hernie volumineuse, ancienne, adhérente, est justiciable de l'intervention. Les seules contre-indications seront tirées du mauvais état général.

Dans les hernies étranglées, la kélotomie sera suivie de la cure radicale, sauf dans le cas où l'intestin est lésé, la seconde, contenue dans le sac, fétide.

Si, dans le cours de l'opération, l'état du malade périclitait il faudrait naturellement renoncer à la cure radicale.

L'opération sera pratiquée suivant un des trois procédés

de MM. Lucas Championnière, Le Dentu ou Condamin. Dans les cas où le chirurgien aura recours au procédé de Lucas Championnière, il pourra encore ouvrir la gaine des droits et recourir au procédé de Quénu, de Gersuny ou de Dauriac : ce dernier est cependant bien compliqué.

En principe, c'est le procédé de Lucas Championnière qui devra être suivi. Suivant l'état des bords, on aura recours à un des trois autres procédés.

2° L'omphalectomie primitive pourra être tentée d'emblée pour des hernies de petit ou de moyen volume non adhérentes ;

3° Si, dans le cours d'une opération, commencée suivant le procédé de M. Lucas Championnière, pour une hernie adhérente de petit ou de moyen volume, on reconnaît que la face interne de la paroi abdominale est libre, on pourra faire, séance tenante, l'omphalectomie de M. Condamin. De même, pour une hernie volumineuse, pédiculée, lorsque les dimensions de l'anneau, reconnues, par l'exploration digitale, feront espérer un rapprochement facile des bords de la plaie. Ces conclusions s'appliquent aux hernies libres de l'enfant et de l'adulte ;

4° Les hernies des nouveau-nés, sont justiciables de ces procédés. Comme il y a chez eux de plus grands avantages que chez l'adulte à avoir une plaie opératoire aussi petite que possible, nous conseillerons de recourir à l'annuloraphie après avivement de l'anneau ;

5° Les hernies ombilicales congénitales de l'adolescent et de l'adulte seront traitées, quand le canal sera encore bien marqué, par le procédé de M. Jaboulay, par la suture de la paroi postérieure du canal à la paroi antérieure.

6° La cure radicale des hernies étranglées sera faite suivant les procédés usités dans les exomphales libres en ayant soin de reséquer l'épiploon dans des parties saines, et en faisant avec précaution l'isolement du sac qui est généralement friable.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON M.

Vu, bon et permis d'imprimer,
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

Vu, bon à imprimer,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE,

BIBLIOGRAPHIE

- Bacri, Thèse de Paris, 1892.
- Barrier, De la cure radicale des hernies ombilicales : thèse Paris, 1888.
- Berger, Traité De chir., 1892. France médicale 1891. Revue des sciences medicales. t. XV, XVII, XIX.
- Bœckel, Cure radicale de la hernie ombilicale, 1895.
- Brackel, Arch. fur Chir., 1895. l. 3.
- Broca, Mercredi médical, 1893. Gaz. des hôpitaux, 1895.
- Brodier, Cure radicale des hernies ombilicales, th. de Paris, 1893.
- Bruns, De l'Omphalectomie cent., f. chirurgie, 1894.
- L. Championnière, Cure radicale des Hernies, 1892. Congrès français de chirurgie et Bulletin médical, 24 octobre 1894.
- Condamin, Lyon médical, 2 avril. Archives prov. de chir., juin. Bull. méd., 19 avril, 1893.
- Debout, Considérations pratiques sur les hernies ombilicales et leur traitement.
- Duplay, Thèse d'agrégation, 1866.
- Féré, Rev. mens. de méd. et de chir., 1879.
- Gaston, de l'Intervention chirurg. dans les hern. omb. adhérentes, Th. Paris, 1892.

Gouillond, De l'éventration post-opératoire. Prophylaxie et cure radicale.

Lafon, Thèse de Paris, 1869.

Langsdorff, De l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales. Cent. f. Chir., 27 avril 1895.

Ostermayer, Remarques sur l'article de Gersuny sur la cure radicale des grosses hernies omb. Cent. f. Chir., 1894.

Pernice, De l'omphalectomie dans la cure radicale. Cent. f. Chir. 1895.

Quénu, La cure radicale de la hernie ombilicale, 1893

Reclus et Fargues, Traité chirurgie, 1892.

Rey, Thèse de Lyon, 1894, des Hernies omb. cong. del'adolescent et de l'adulte.

Roger, Thèse de Paris, 1895.

Segond, Cure radicale des hernies. Thèse d'agrégation, 1883.

Vienne, Des Hernies omb. congénitales. Thèse de Paris, 1894.

Wertheimer, Essai sur les opérations consécutives aux plaies de laparotomie.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Indication de la cure radicale . . .	9
I. — Hernies ombilicales congénitales	9
II. — Exomphale infantile	12
III. — Indications de la cure radicale chez l'adulte . .	17
IV. — Hernies étranglées	20
CHAPITRE II. — Procédés opératoires	23
I. — Nouveau-nés	24
II. — Adultes ou enfants	26
A. Annuloraphie pure	27
B. Omphalotomie et annuloraphie	28
C. Omphalectomie	33
Hernies étranglées	41
CHAPITRE III. — De la valeur des procédés opératoires . .	44
De la suture de la plaie opératoire. Précautions à prendre pendant et après l'opération	58
OBSERVATIONS	63
I. — Hernies libres	63
II. — Hernies étranglées	70
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77

